



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA
MSP 2010-2012



Tesis para optar el grado de Maestro en Salud Pública

“CONOCIMIENTOS DE LOS TOMADORES DE DECISIÓN
SOBRE LA REDUCCIÓN DE VULNERABILIDAD ANTE DESASTRES
EN UNIDADES DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA”

Mayo - Julio 2012

Autor: Dr. José Luis Pérez Narváez

Tutor: Ezequiel Provedor Fonseca MD MSc Salud Pública

Managua, Nicaragua, Noviembre, 2012

DEDICATORIA

Primeramente a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto, darme salud y vida para seguir adelante día a día para lograr mis objetivos.

A mi Madre aunque hoy en día no está entre nosotros, aun conservo los sabios consejo que me brindo e hizo la diferencia porque siempre creyó en mí, me brindó en todo momento su apoyo y los valores inculcados jamás los he olvidado.

A mi Padre que me ha infundido siempre, el valor y la perseverancia para salir adelante en todo lo que me he propuesto,

A mi Esposa Marlene, A mis Hijos José Luis y Jasser José quienes siempre me han apoyado y fomentado mis deseos de superación.

A mi tutor por la dedicación, el apoyo y la motivación, ya que nunca dudo en la realización de mi investigación.

AGRADECIMIENTO

El presente estudio de tesis primeramente me gustaría agradeceré a **a Dios** por bendecirme para regalarme el poder llegar hasta donde estoy.

Al **Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud** por darme la oportunidad de optar a la Maestría de Salud Pública.

A mi profesor **MD MSc Ezequiel Provedor Fonseca** por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, entereza y motivación me apoyo en la tutoría de mi tesis. .

Especial agradecimiento **a mi familia** pilares en los que me he apoyado y fomentado mis deseos de superación.

Muchas son las personas que me han brindado sus valiosos conocimientos en mi formación profesional a las que me gustaría agradecerles por sus consejos, motivación y por creer en mí, algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén, quiero brindarles mi mayor agradecimiento.

Para ellos: Muchas Gracias y que el Señor nuestro Dios les de sus Bendiciones.

RESUMEN

El estudio fue realizado en el período de Mayo a Julio del 2012, teniendo como guía para la obtención del mismo, el protocolo de investigación.

El problema por el cual se realizó el estudio enfatiza en que si existe conocimientos en los tomadores de decisiones: referente a las medidas y normativas relacionadas a la reducción de vulnerabilidad ante desastres en los hospitales y otras unidades de salud, siendo el objetivo principal del estudio, la determinación del nivel de conocimiento que tienen los tomadores de decisión, sobre el marco normativo y las medidas de reducción de vulnerabilidad, para contribuir así en la creación de una estrategia de reducción de vulnerabilidad ante desastres en los establecimiento de salud. Para el estudio se consideraron dos niveles; el nivel gerencial; aplicado a lo/as funcionarios/as del nivel gerencial de los servicios de salud del Ministerio de Salud de Nicaragua, MINSA central, SILAIS, centros de salud familiares, policlínicas y hospitales de los tres niveles de atención, el nivel político municipal; los alcaldes o alcaldesas municipales; en el nivel político nacional; comisión de salud de la Asamblea Nacional e instituciones responsables de la normación relacionada a la construcción y/o gestión de establecimientos de salud como es el Fondo de Inversión Social de Emergencia (Nuevo FISE), Ministerio de Transporte e Infraestructura (MTI) y la Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres (SE SINAPRED).

Aplicándose el estudio a una muestra representativa con un índice de confianza del 95 % y un margen de error del 4%, constituida por: 11 Centros de Atención Primaria, 4 Hospitales, 6 instituciones gestoras de establecimientos de salud y 9 alcaldías municipales.

Los resultados del estudio evidencian que para una apropiada gestión de salud referente a planes, proyectos y programas relacionados con la seguridad de los establecimientos de salud en Nicaragua, es necesario conocer todos aquellos elementos técnicos – normativos, para la reducción de la vulnerabilidad en las diferentes unidades de salud, nos referimos a leyes, reglamentos, decretos, resoluciones y normativas, elementos técnicos como son los componentes estructurales, no estructurales y organizativos - administrativos o funcionales, así como instrumentos físicos estratégicos como es el ordenamiento territorial, que permiten definir los sitios seguros para el emplazamiento de proyectos de construcción de unidades de salud.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	2
II. ANTECEDENTES.....	4
III. JUSTIFICACION	7
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
V. OBJETIVOS	11
VI. MARCO DE TEORICO.....	12
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	25
VIII. ANALISIS DE RESULTADOS.....	36
IX. CONCLUSIONES	44
X. RECOMENDACIONES:	46
XI. BIBLIOGRAFÍA:	50
ANEXOS	52

I. INTRODUCCIÓN

Un desastre es un evento o suceso que puede ocurrir repentina e inesperadamente, causando alteraciones intensas sobre los elementos expuestos, daño a la salud, pérdida de vidas humanas, destrucción de los bienes de servicios. Los desastres pueden originarse por la manifestación de un fenómeno natural, asociados a la intervención del hombre o como consecuencia de una falla de carácter técnico en los sistemas industriales; cuyos efectos varían dependiendo de las características propias de los elementos expuestos y de la naturaleza del evento mismo.

Los establecimientos de salud centro de atención primaria, secundaria y terciaria no son la excepción para los eventos adversos causantes de desastres, pudiendo sufrir daños en su infraestructura y en su equipamiento, con la consecuente afectación a las personas superando así, su capacidad de respuesta. Los hospitales son complejos, requieren ante situaciones de desastres autonomía en relación a los suministros de emergencias (electricidad, agua potable, servicios de eliminación de desechos líquidos y sólidos, servicios de comunicación, insumos médico-quirúrgicos y no médicos, gases, reactivos, combustibles, entre otros.) Los daños en los establecimientos de salud como consecuencia de desastres, principalmente por sismos, han obligado a interrumpir el acceso de los servicios de salud a miles de personas; razón por la cual es importante que en el proceso de planeación de nuevos establecimientos de salud, se consideren los estudios del sitio para su emplazamiento, sea éste un puesto de salud, centro de salud, hospital u otro establecimiento de salud, aplicando desde su diseño los

elementos relacionados a la reducción de la vulnerabilidad ante desastres, inclusive en los procesos de construcción y remodelación de las unidades ya construidas.

En Nicaragua se han realizado esfuerzos en el campo normativo para la reducción de riesgos en el sector de infraestructura y en especial en el sector salud.¹ Se desconoce a profundidad su aplicación o puesta en práctica, razón por la cual es necesario que los estudios relacionados con la reducción de riesgo y la seguridad de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSa), el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) y los establecimientos de salud privados en el país, se implementen con el propósito de proteger la vida de sus ocupantes y asegurar el funcionamiento de este tipo de edificaciones posterior a un desastre. Tal como lo expresa la función No 11, de las funciones esenciales de salud pública (FESP).

Reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud.

- Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres.
- Desarrollo de normas y líneas de actuación que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.

Para determinar el conocimiento sobre el marco normativo y las medidas de reducción de vulnerabilidad en las unidades de salud ante los desastres, se realizó el presente estudio con los niveles políticos y gerenciales tomadores de decisiones, relacionados con la gestión de los establecimientos de salud.

¹ Resolución Ministerial 11-2002

II. ANTECEDENTES

En Nicaragua se han realizados algunos estudios relacionado con la reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud, posterior al enjambre sísmico en el año 2004, el Ministerio de Salud de Nicaragua financió la realización de un estudio de vulnerabilidad estructural en el Hospital materno-infantil “Fernando Vélez Paiz”, más recientemente entre los años 2010 al 2011 se realizaron evaluaciones a través de la aplicación del índice de seguridad hospitalaria en 11 hospitales y 10 centros de salud familiares.

Según los datos proporcionados por los estados miembros de la OPS/OMS, 67% de 18,000 hospitales están ubicados en zonas de riesgo de desastres. En el último decenio, 24 millones de personas en las Américas quedaron sin atención de salud durante meses y hasta años, debido a los daños causados directamente por los desastres.

En promedio, un hospital que no funciona en la región deja a unas 200,000 personas sin atención de salud, la pérdida de los servicios de urgencias durante los desastres disminuye considerablemente la posibilidad de salvar vidas.

Un informe preparado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas(CEPAL), calcula que la región perdió más de US\$3.120 millones en 15 años, por causa de los daños a la infraestructura sanitaria².

Entre 1981 y 1996, un total de 93 hospitales y 538 unidades de salud fueron dañados a consecuencia de desastres naturales, significando que

aproximadamente unas 24,000 camas quedaron inhabilitadas en ese período. El costo directo de estos daños es alto, pero igual de importante es el impacto social que provoca no poder disponer de esos establecimientos justo en los momentos que más se precisan³.

Entre algunos centros hospitalarios afectados seriamente en Centro América en diciembre de 1972 en Managua, Nicaragua un terremoto de 6.2 grados de magnitud en escala Richter, dañó en su totalidad el hospital general “El Retiro” que tuvo que ser evacuado y transferida su atención a varios hospitales aledaños a la ciudad. En Guatemala 1976 un terremoto de 7.5 grados de magnitud en escala Richter provocó daños y la evacuación de varios hospitales; El Salvador 1986, un sismo de 5.4 grados de magnitud en escala Richter inhabilitó más 2,000 camas hospitalarias, más de 11 instalaciones afectadas, de ellas 10 evacuadas en su totalidad y otro terremoto en el 2001 colapsa el 39.1% la capacidad hospitalaria del país⁴.

No solo los fenómenos sísmicos afectan a las unidades hospitalarias, existen otros eventos que representan una amenaza tanto para la parte estructural como no estructural, para citar un ejemplo en 1988 el paso del huracán Joan por Centro América con categoría cuatro, afectó 4 hospitales en Nicaragua y Costa Rica. En 1998 el huracán Mitch destruyó más de 78 unidades de Salud en Honduras y 108 en Nicaragua⁵.

En octubre del 1998 después del desastre provocado por el Huracán Mitch,

² UN/ECLAC. LC/MEX/L.291. Economic impact of natural disasters in health infrastructure. Este informe se presentó en la Conferencia Internacional sobre Mitigación de Desastres en Instalaciones de Salud, México, D. F 1996.

³ Los Desastres Naturales y Protección de la Salud Publicación científica No 575, 2003.

⁴ ... Fundamentos para la mitigación de desastres en establecimientos de salud. Washington, D.C., 2000

⁵ Salud en las Américas Edición 2002

las autoridades nicaragüenses retoman el tema de los desastres con un enfoque de **Gestión del Riesgo**, tratando de avanzar del clásico enfoque de ciclo de los desastres a uno más integral.

En el año 2000 se crea el Sistema Nacional para la Prevención Mitigación y Atención de Desastres (SINAPRED) y con ello el mandato de la ejecución de acciones de prevención, mitigación y atención de desastres a las diferentes instituciones incluyendo al sector salud⁶.

⁶ Ley 337 Ley Creadora del sistema Nacional para la Prevención Mitigación y Atención de Desastres 2000

III. JUSTIFICACION

El Marco de Acción de Hyogo (MAH), fue un tratado firmado y aprobado en 2005 en Japón entre 168 países en el que se comprometieron a introducir en las políticas públicas los conceptos de prevención y evaluación de riesgos, así como la manera de enfrentar los desastres o los modos de actuación tras una crisis. Es el instrumento global de referencia para la implementación de la reducción del riesgo de desastres y que ha sido adoptado por Estados miembros de las Naciones Unidas en la Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres que se celebró en Kobe, Hyogo, Japón, del 18 al 22 de enero de 2005.

Entre los 168 países que adoptaron el MAH durante el 2005, está Nicaragua, reconociendo la importancia de lograr que los hospitales estén a salvo de los desastres, velando para que los nuevos hospitales se construyan con un grado de resistencia que fortalezca su capacidad para seguir funcionando en situaciones de desastres y poner en práctica medidas de mitigación para reforzar las instalaciones sanitarias existentes, particularmente las que dispensan atención primaria de salud.

A pesar de los avances alcanzados considerados importantes para reconocer y corregir el problema, en algunas partes del mundo, una cantidad alarmante de instalaciones prestadoras de servicios de atención, desde grandes y complejos hospitales en las mega-ciudades hasta pequeñas clínicas rurales que podrían ser la única fuente de servicios de salud - se construyen en zonas altamente propensas a los desastres⁷.

⁷ Sistema de Naciones Unidas. Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015. Kobe, Hyogo, Japón. 2005.

La lección aprendida, es que aunque los recursos sean limitados en los países en desarrollo, con el conocimiento actual y un sólido compromiso político es posible proteger las instalaciones médicas de tales situaciones adversas, la Organización Mundial de la Salud, a través de sus seis oficinas regionales en el mundo, se compromete a que esto se convierta en una realidad ⁸.

A lo largo de la historia y más recientemente, los desastres nos han enseñado que no tienen frontera y que pueden afectar tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo, tal es el terremoto de México 1985, Kobe Japón 1995, Terremoto y tsunamis del Océano Índico 2004, Terremoto Haití 2010, Terremoto de Japón 2011. El sector salud no ha sido la excepción de los daños principalmente a la infraestructura, al personal y los usuarios de los servicios de salud.

Posterior al enjambre sísmico en el año 2004, el Ministerio de Salud de Nicaragua financió la realización de un estudio de vulnerabilidad estructural en el Hospital materno-infantil “Fernando Vélez Paiz”, más recientemente entre los años 2010 al 2011 se realizaron evaluaciones a través de la aplicación del índice de seguridad hospitalaria en 11 hospitales y 10 centros de salud, sin embargo el cumplimiento a las recomendaciones emanadas por las evaluaciones no han tenido los resultados esperados.

El presente estudio contribuirá a mejorar la gestión del Ministerio de Salud de Nicaragua, en los sectores públicos, privados y mixtos, para la adopción de normas y medidas de reducción de vulnerabilidad, lo que permitirá disminuir

⁸ Organización Panamericana de la Salud. *Hospitales Seguros: Una responsabilidad colectiva. Un indicador mundial de reducción de los desastres.* Washington DC. OPS. 2005.

el impacto de los desastres sobre los establecimientos de salud, (aún cuando se conocen mediante estudios, la vulnerabilidad en los centros de salud y hospitales); y sentar las bases para establecer una estrategia nacional de reducción de vulnerabilidad de los establecimientos de salud ante desastre, contribuyendo así a la formulación de una política pública, en función de proteger la infraestructura y el funcionamiento de los servicios de salud a nivel nacional.

Es importante inducir el interés en el Estado de Nicaragua y en los organismos e instituciones donantes al sector salud, en la inversión a los procesos de reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud para garantizar la funcionalidad de los puestos, centros de salud y hospitales en situaciones de emergencias y desastres.

Es necesario señalar que para fines de diseminar la información del estudio se debería utilizar el centro de documentación e información del CIES y otras instituciones relacionadas a la gestión del riesgo.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuál es el nivel de conocimiento que tienen los tomadores de decisiones referentes a las medidas y normativas relacionadas a la reducción de vulnerabilidad ante desastres en los hospitales y otras unidades de salud en Nicaragua?

- Cuál es el nivel de conocimiento que tienen los tomadores de decisiones referentes a las medidas de reducción de vulnerabilidad en los hospitales y otras unidades de salud?
- Cuál es el nivel de conocimiento que tienen los tomadores de decisiones en referente al marco normativo relacionado a la reducción de vulnerabilidad en los hospitales y otras unidades de salud?

V. OBJETIVOS

a) OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento que tienen los tomadores de decisiones, sobre el marco normativo y las medidas de reducción de vulnerabilidad de los establecimientos de salud, en los niveles gerenciales y políticos relacionados a proyectos y/o gestión de establecimientos de salud en Nicaragua de mayo a junio del 2012.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el conocimiento en los tomadores de decisión del nivel gerencial de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención y en el nivel político, concerniente a las medidas de reducción de vulnerabilidad de los establecimientos de salud de Nicaragua.
2. Determinar el conocimiento en los tomadores de decisión del nivel gerencial de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención y en el nivel político, sobre el marco normativo Leyes, Reglamentos, Decretos, Resoluciones y Normativas relacionadas con la reducción de vulnerabilidad ante desastres, de los establecimientos de salud de Nicaragua.
3. Identificar aportes de los tomadores de decisión del nivel gerencial de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención y en el nivel político para la formulación de una estrategia de reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud de Nicaragua.

VI. MARCO TEÓRICO

Hacer que todos los establecimientos de salud sean seguros frente a los desastres representa un gran reto para todos los países, no sólo por la cantidad de establecimientos de salud y la inversión necesaria, sino por la falta de información sobre su estado de seguridad actual frente a las amenazas de origen natural que pueden ocasionar desastres.

El término desastre suele aplicarse al fenómeno natural (huracán o terremoto) combinado con sus efectos nocivos (pérdida de vidas o destrucción de edificios), peligro ó amenaza se refiere al fenómeno natural y vulnerabilidad a la susceptibilidad de una población o un sistema a los efectos del peligro (un hospital, los sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado u otros aspectos de la infraestructura).

La probabilidad de que un determinado sistema o población resulten afectados por los peligros se conoce como riesgo, por tanto, el riesgo depende de la vulnerabilidad y de la amenaza o peligro y la relación se expresa en una ecuación de la forma siguiente:

$$\text{RIESGO} = \text{VULNERABILIDAD} \times \text{AMENAZA}$$

Problemas sanitarios comunes a todos los desastres

Los desastres no sólo pueden causar pérdidas materiales por daños a la infraestructura y daños humanos, también favorecen la ocurrencia de perturbaciones sociales, aparición de epidemias de enfermedades transmisibles, hambruna, entre otros.⁹

⁹ Organización Panamericana de la Salud. *Los Desastres Naturales y la Protección de la Salud*. OPS/OMS. Publicación Científica No.575. OPS. 2000.

La magnitud de los daños ocasionados por los desastres es diferente, los terremotos pueden producir un gran número de muertos y numerosos heridos que requieren atención traumatológica, los maremotos pueden causar un gran número de muertos, pero ocasionan pocos lesionados; sin embargo existen problemas sanitarios comunes a los desastres:

Reacciones Sociales

Cuando ocurre un desastre, la conducta de las personas afectadas rara vez evoluciona hacia el pánico generalizado o la espera aturdida. Tan pronto como quienes sobreviven se recuperan de la conmoción inicial y comienzan a actuar positivamente para alcanzar metas personales bien definidas, se incrementa la acción individual espontánea pero sumamente organizada.

Enfermedades Transmisibles

Los desastres naturales no suelen provocar brotes masivos de enfermedades infecciosas, aunque en algunas circunstancias aumentan las posibilidades de transmisión.

Desplazamientos de la población

Cuando se producen grandes movimientos de población, espontáneos u organizados. La población suele desplazarse hacia las áreas urbanas, donde los servicios públicos son incapaces de afrontar la llegada masiva de estas personas, con el consiguiente aumento de las cifras de morbilidad y mortalidad.

Las encuestas realizadas en los asentamientos y poblaciones de la periferia de Managua, Nicaragua, tras el terremoto de diciembre de 1972, indicaron que entre 80% y 90% de los 200,000 desplazados residieron con sus familiares o amigos, entre 5% y 10% vivían en parques, plazas y solares vacantes y el resto lo hacía en escuelas y otros edificios públicos.

Alimentación y Nutrición

La escasez de alimentos en el período, inmediatamente posterior al desastre, suele deberse a dos causas: por una parte, la destrucción de los depósitos de alimentos en la zona afectada reduce la cantidad absoluta de comida disponible y, por la otra, la desorganización de los sistemas de distribución pueden impedir el acceso a los alimentos, incluso cuando no existe una escasez absoluta.

Exposición a la intemperie

Los peligros sanitarios, asociados a la exposición a los elementos, no son grandes en los climas templados, ni siquiera después de los desastres

Salud Mental

Inmediatamente después de los desastres, la ansiedad, las neurosis y la depresión no constituyen graves problemas de salud pública; por esa razón, las familias y vecindarios de las sociedades rurales o tradicionales pueden afrontarlos temporalmente.

Daños a la Infraestructura Sanitaria

Los desastres suelen producir graves daños a las instalaciones sanitarias y sistemas de abastecimiento de agua y alcantarillado, y tienen un efecto directo sobre la salud de las poblaciones que dependen de esos servicios.

En el caso de hospitales y centros de salud cuya estructura es insegura, los desastres ponen en peligro la vida de sus ocupantes y limitan la capacidad de la institución para proveer servicios a las víctimas.

El terremoto que sacudió a la Ciudad de México en 1985 provocó el colapso de 13 hospitales; en solo tres de ellos murieron 866 personas, 100 de las cuales formaban parte del personal de salud; así mismo, se perdieron aproximadamente 6,000 camas de los establecimientos metropolitanos.

Evaluación de la vulnerabilidad

Teniendo en cuenta la importancia de contar con la infraestructura hospitalaria después de un desastre y con el fin de que el sector de la salud pueda dar una eficiente respuesta para atender la emergencia, es necesario que la administración del hospital realice los respectivos estudios de la vulnerabilidad estructural, no estructural y administrativo-organizativa (funcional) de los servicios.¹⁰

Un análisis de vulnerabilidad podría comenzar con una inspección visual de las instalaciones y con la preparación de un reporte preliminar de evaluación realizada por un grupo de profesionales expertos en el tema, para identificar las áreas que requieran atención. El reporte puede ser discutido con otros consultores y las autoridades del establecimiento con miras a definir las prioridades y los cronogramas para llevar a cabo el trabajo.

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. *Fundamentos para la Mitigación de Desastres en Establecimientos de Salud*. OPS/OMS. 2004.

Vulnerabilidad Estructural

El término estructural, o componentes estructurales, se refiere a aquellas partes de un edificio que lo mantienen en pie. Esto incluye cimientos, columnas, muros portantes, vigas y diafragmas (entendidos éstos como los pisos y techos diseñados para transmitir fuerzas horizontales, como las de sismos, a través de las vigas y columnas hacia los cimientos).

Los establecimientos para la prestación de servicios de salud por construirse o ya existentes, que estén situados en zonas expuestas a movimientos sísmicos deben contemplar normas de sismo-resistencia encaminadas a ofrecer seguridad a las personas que allí se encuentran y en segunda instancia a proteger la continuidad del funcionamiento del hospital.

Vulnerabilidad No Estructural

El término no estructural se refiere a aquellos componentes de un edificio que están unidos a las partes estructurales (tabiques, ventanas, techos, puertas, cerramientos, cielos rasos, etc.), que cumplen funciones esenciales en el edificio (plomería, calefacción, aire acondicionado, conexiones eléctricas, etc.) o que simplemente están dentro de las edificaciones (equipos médicos, equipos mecánicos, muebles, etc.), pudiendo por lo tanto ser agrupados en tres categorías: componentes arquitectónicos, instalaciones y equipos. En el caso de los centros asistenciales, los componentes no estructurales representan un valor económico superior al costo de la estructura. Según análisis efectuados, el valor de los componentes no estructurales constituye en promedio más del 80% del costo total del hospital.

En cuanto al funcionamiento del establecimiento hospitalario, el daño o pérdida de algunos elementos no estructurales podría dar como resultado un serio trastorno en la prestación del servicio, aun cuando no exista un riesgo directo para las personas, sí lo habría en forma indirecta a través de la pérdida de la operación del equipo o sistema. Como ejemplo se puede citar el daño de un generador eléctrico cuyo fluido alimenta sistemas básicos de soporte de vida como ventiladores en una unidad de cuidado intensivo.

Vulnerabilidad Administrativo – Organizativo ó Funcional

Este concepto se refiere, entre otras cosas, a la distribución y relación entre los espacios arquitectónicos y los servicios médicos y de apoyo al interior de los hospitales, así como a los procesos administrativos (contrataciones, adquisiciones, rutinas de mantenimiento, etc.) y a las relaciones de dependencia física y funcional entre las diferentes áreas de un hospital. Una adecuada zonificación y relación entre las áreas que componen el establecimiento puede garantizar, no solamente un adecuado funcionamiento en condiciones de normalidad, sino también en caso de emergencia y desastres.

La relación y habilitación de las áreas de consulta externa, exteriores y urgencias, así como la concepción de un área de servicios generales con condiciones especiales de operación y protección, pueden garantizar una adecuada atención y evitar un colapso funcional, que se puede presentar aun en casos en que la edificación no haya sufrido daños severos.

Mitigación

Es la implementación o aplicación de cualquier política, estrategia, obra o acción tendiente a reducir o minimizar el impacto de evento adverso, en los establecimiento de salud **se aplica a los elementos estructurales y no estructurales** aunque algunas corrientes están incorporando el elemento funcional, sin embargo por el objeto de nuestro estudio nos enmarcaremos en los dos elementos anteriores. Los fenómenos naturales no son la causa exclusiva del trastorno funcional de las unidades de salud, la razón principal de la caída de la infraestructura sanitaria y las defunciones resultantes es el hecho de que las unidades de salud se construyen sin tener en cuenta las amenazas naturales, los sistemas se deterioran progresivamente debido a la falta de mantenimiento en el transcurso del tiempo; sin embargo, el aspecto positivo de la situación es que esta tendencia creciente de la vulnerabilidad, de los establecimientos de salud puede revertirse mediante un apoyo político sostenido, según lo han demostrado varios estudios.

Los tres niveles de protección para el diseño de nuevos establecimientos de salud son:

- 1.-Proteger la vida de los pacientes, visitas y personal de la institución.
- 2.-Proteger la inversión en equipamiento e instalaciones.
- 3.-Proteger la función del establecimiento de salud en caso de desastre.

Hospital Seguro es un establecimiento de salud, cuyo servicio permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad instalada y en la misma infraestructura, inmediatamente después de un fenómeno destructivo de origen socio- natural.

Su equipamiento no sufra daños, que sus líneas vitales (agua, electricidad, gases medicinales, etc.) sigan funcionando y que su personal sea capaz de continuar brindando atención médica en los momentos que más se necesita.

Los hospitales representan más del 70% del gasto público en salud, concentran, por lo general, al personal de salud más especializado y al equipamiento más sofisticado y costoso. Su funcionamiento continuo es indispensable, pues, en caso de desastre la población acude de inmediato al hospital más cercano para obtener asistencia médica, sin tener en cuenta que estos establecimientos podrían haber colapsado o dejado de funcionar debido al impacto del fenómeno natural.

Es preciso, por lo tanto, identificar el nivel de seguridad de los hospitales antes de que ocurra el desastre. Como parte de una política de reducción del riesgo en salud, la evaluación de la vulnerabilidad de los establecimientos de salud frente a los desastres tiene como objetivo identificar los elementos que requieren ser mejorados en un hospital individual, pero también, priorizar la intervención en los hospitales que por su naturaleza, ubicación o importancia, deben seguir en funcionamiento durante un desastre. Con la implementación de la política de “hospital seguro frente a desastres”, se pretende garantizar que las instalaciones hospitalarias ante un desastre, permanezcan de pie y, continúen trabajando de manera efectiva e ininterrumpida, con posibilidades de

aumentar su capacidad de atención, favoreciendo el uso óptimo de los recursos existentes y contando de manera simultánea con personal capacitado para proporcionar apoyo con calidad, calidez y equidad a las víctimas.

El índice de seguridad hospitalaria no solo estima la probabilidad operativa de un hospital durante y después de un evento destructivo, sino que, al establecer rangos de seguridad, permite priorizar a los establecimientos de salud cuya intervención es crítica, porque podría poner en riesgo la vida de sus ocupantes, y la seguridad debe ser mejorada para limitar las pérdidas de equipamiento, o que requiere medidas de mantenimiento para asegurar su funcionamiento en casos de desastres.

Nuestro país ha tenido avances importantes relacionados al marco normativo nacional con el fin de reducir los riesgos, garantizar una respuesta eficaz y oportuna en situaciones de desastres, en donde se definen responsabilidades y funciones de todos los organismos, sean éstos públicos o privados en cada una de las diferentes fases de un desastre, sin embargo, necesitamos promover, sensibilizar y hacer conciencia en las instituciones públicas y privadas en la aplicación de estas normativas, de las cuales mencionamos las siguientes:

Ley No. 337, Ley Creadora del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres:

Decreto No. 98-2000, Reglamento de asignaciones de funciones del SINAPRED a las instituciones del Estado en su Numeral 9: Funciones del Ministerio de Salud **inciso h:** Dictar las normas que se estimen necesarias para garantizar el funcionamiento de los hospitales, clínicas y centros de salud públicos y privados, en caso de desastre, incluyendo la elaboración de planes de

emergencias inter e intra hospitalarios.

Inciso j: Garantizar la seguridad frente a riesgo de desastres en los programas de construcción de unidades de salud pública y en las ya existentes, dictando normas que garanticen la reducción de la vulnerabilidad física y funcional frente a riesgo de desastre.

Ley No 423, Ley General de Salud y su reglamento de la ley general de salud:

Título XVII Control y Supervisión capítulo I de la declaración de emergencia sanitaria,

Artículo 397.- En el caso de desastres, el MINSA, por medio de los Consejos Departamentales de Salud, Consejos Regionales Autónomos de la Costa Atlántica de Salud, Consejos Municipales de Salud y del Programa de Emergencias y Desastres, coordinará el cumplimiento de las funciones previstas en el Reglamento de Asignación de Funciones del SINAPRED a las Instituciones del Estado.

Ley No. 185, Código del Trabajo

Título V, Capítulo I, Arto. 100: Todo empleador tiene la obligación de adoptar medidas preventivas necesarias y adecuadas para proteger eficazmente la vida y salud de sus trabajadores, acondicionando las instalaciones físicas y proveyendo el equipo de trabajo necesario para reducir y eliminar los riesgos profesionales en los lugares de trabajo, sin perjuicio de las normas que establezca el Poder Ejecutivo a través del Ministerio del Trabajo.

Ley No. 618, Ley General de Higiene y Seguridad del Trabajo

Título XI: De la Prevención y Protección contra incendios. Arto. 179: El empleador

debe coordinar con los bomberos para elaborar un Plan de Emergencia de la empresa, cuya implementación y desarrollo será su responsabilidad. Arto. 180: Los centros de trabajo deben estar provistos de equipos suficientes y adecuados para la extinción de incendios, de conformidad a lo dispuesto en la normativa específica que regula esta materia.

Artículo 7.- El Ministerio del Trabajo a través de las normativas, resoluciones e instructivos correspondientes, y en coordinación con las instituciones respectivas según la materia, regulará entre otras cosas las materias que a continuación se señalan:

- Sistema de gestión preventiva de los riesgos laborales.
- Procedimientos de evaluación de los riesgos para la salud de los trabajadores. c) De servicios de prevención en los centros de trabajo.
- Condiciones de trabajo o medidas preventivas específicas en trabajos especialmente peligrosos o cuando se presenten riesgos derivados de determinadas características o situaciones especiales de los trabajadores.

Artículo 74.- El diseño y característica constructiva de los lugares de trabajo deberán también facilitar el control de las situaciones de emergencia, en especial de incendio y posibilitar, cuando sea necesario, la rápida y segura evacuación de los trabajadores.

A tal efecto los lugares de trabajo deberán ajustarse, en lo particular, a lo dispuesto en el Reglamento que regule las condiciones de protección contra incendios y fenómenos climatológicos o sismológicos que le sean de aplicación.

Resolución Ministerial 11-2002 del Ministerio de Salud:

Resuelve: Primero: Todos los nuevos diseños y construcciones que el

MINSA impulse con fondos propios y con fondos de la cooperación externa deben incluir los estudios de amenazas, de reducción de vulnerabilidad estructural no estructural y funcional, sin embargo es necesario que las recomendaciones de diferentes estudios sean aplicados de forma sistemática para disminuir la vulnerabilidad de los establecimientos de salud por desastres.

Segundo: Las instancias de Dirección del MINSA responsables del cumplimiento de la presente resolución ministerial serán: División General de Infraestructura y Desarrollo Tecnológico, División General de Planificación y Desarrollo, Unidad de Adquisiciones, Dirección General de Servicios de Salud, Dirección General de Regulación de Establecimientos y Profesionales de la Salud, Medicinas y Alimentos, División General Administrativa Financiera, Sistema Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), todos dentro del ámbito de sus competencias. **Tercero:** Los directores de las diferentes unidades de salud del MISNA, durante el proceso de todo proyecto deben de coordinar los aspectos técnicos y los aspectos de reducción de vulnerabilidad en dichas instalaciones de salud con la división general de infraestructura y desarrollo tecnológico y el donante **Cuarto:** Los Directores de los sistemas locales de atención integral de salud, directores de hospitales, centros de salud y puestos de salud, deben gestionar que dentro de su presupuesto se incluyan los fondos necesarios para garantizar el mantenimiento de las instalaciones de salud correspondientes, a fin de lograr la reducción de la vulnerabilidad ante amenazas naturales en las instalaciones de salud del país, lo que tendrá como resultado principal el continuo funcionamiento de los servicios de salud.

Normas Técnicas Obligatorias Nicaragüense de Protección y Seguridad contra Incendios, NTON 22001- 04

La presente Norma tiene por objeto establecer las medidas mínimas que en materia de protección contra incendios deben adoptarse para la protección y seguridad de las personas y los bienes, Las disposiciones de esta Norma se aplicarán a todos los establecimientos y edificaciones existentes, tanto públicos como privados, en los que se realicen actividades Industriales, Comerciales, Hospitalarias, docentes y en general en todos aquellos donde se lleven a cabo habitualmente reuniones o aglomeraciones de personas / **NTON 22 003-10:** Cuyo objeto es establecer el procedimiento que se debe seguir para la elaboración e implantación de un Plan de Emergencia contra incendio. Esta norma es para el uso y guía de los administradores, jefes de seguridad, jefes de brigada o la persona responsable de la seguridad, elaboración y diseño del Plan de Emergencias, según las necesidades de cada centro de trabajo o cualquier tipo de edificio independiente de su uso.

Dirección de Normas de Construcción y Desarrollo urbano del Ministerio de Transporte e Infraestructura-MTI Artículos referido a micro-zonificación sísmica y sismo resistencia de la infraestructura esenciales¹¹.

¹¹ Ministerio de Transporte e Infraestructura de Nicaragua Reglamento Nacional de la Construcción 2007.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

El estudio fue realizado en el período de Mayo a Julio del 2012, teniendo como guía para la realización del mismo, el protocolo de investigación.

Tipo de Estudio

El estudio realizado fue de tipo:

a) Descriptivo y de corte transversal.

b) Para el mismo se definió como Universo: a los tomadores de decisión a cargo directo o indirectamente relacionado a la gestión de establecimientos de salud que incluye a:

1) A nivel gerencial; lo/as funcionarios/as del nivel gerencial de los servicios de salud del Ministerio de Salud de Nicaragua, MINSA central, SILAIS, centros de salud familiares, policlínicas y hospitales de los tres niveles de atención.

(17 SILAIS, 137 centros de salud familiar, 39 hospitales primarios, 2 policlínicos, 3 hospitales de atención terciaria, 11 hospitales de referencia nacional, 7 hospitales regionales y 11 departamentales).

2) A nivel político;

- **Nivel municipal;** 153 alcaldes o alcaldesas municipales
- **Nivel nacional;** 12 Parlamentarios de la comisión de salud de la Asamblea Nacional, 1 director de cada institución relacionada con la gestión de establecimientos de salud; Fondo de Inversión Social de Emergencia (Nuevo FISE), Ministerio de Transporte e Infraestructura (MTI) y la Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres SE SINAPRED.

c) **Muestreo: realizado mediante el tipo Bietápico:**

Primera Etapa Se seleccionaron los conglomerados de los establecimientos de salud según los niveles de atención, acorde a los datos oficiales del Ministerio de Salud, quedando así:

- Nivel Primario: Hospitales primarios, centros de salud familiar y policlínico.
- Nivel Secundario: Hospitales regionales departamentales y de referencia nacional.
- Nivel Terciario: Son unidades de Salud uni-perfil, especializados en una sola rama de la medicina.

Por lo disperso de los puestos de salud familiar, no se consideraron dentro del universo. Ver anexo No 1 definición de la red de servicios de salud según niveles de atención.

Segunda Etapa La unidad primaria de muestreo fueron los establecimientos de salud seleccionados dentro de cada conglomerado, se aplicó la formula muestral N:

$z^2.pq/e^2$, quedando la muestra de la siguiente manera:

1 Hospital Departamental

1 Hospital Regional

1 Hospital de Referencia Nacional

1 Hospital Terciario Centro Nacional de Oftalmología

1 Policlínico

2 Hospitales Primarios

8 Centro de Salud Familiar

9 Alcaldías

Instituciones relacionadas a proyectos de construcción y/o gestión de

establecimientos de salud:

Nivel Gerencial/Administrativo del MINSA

Departamental :1 SILAIS

Nacional :1 Dirección del MINSA Central

1 Dirección de Secretaría Ejecutiva del SINAPRED

1 Legislador de la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional

1 Dirección del Nuevo FISE

1 Dirección del MTI.

Ver funciones en Anexo No 5

Para efecto del análisis, este estudio se agrupó en cuatro categorías:

- Alcaldías (9)
- Centros de Atención Primaria (11)
- Hospitales (4)
- Instituciones gestoras de establecimientos de salud (6)

d) Criterios de selección:

- **Criterio de inclusión:**

Todo funcionario/a con poder de toma de decisión a nivel de unidades de salud del MINSA, del primero, segundo y tercer nivel de atención y funcionarios/as de las instituciones del estado de Nicaragua, relacionados con la normación de proyectos de construcción y/o gestión de establecimientos de salud.

- **Criterio de exclusión:**

Funcionarios de Establecimientos de salud privados e instituciones privadas relacionadas a proyectos de construcción y/o gestión de establecimientos de salud.

e) Métodos. técnicas para colecta de datos según fuente.

Se utilizaron fuentes primarias a través de una encuesta que permitió evaluar el nivel de conocimiento de los funcionarios/as sobre las medidas relacionadas con la reducción de vulnerabilidad ante desastres de los establecimientos de salud de Nicaragua, el marco normativo leyes, reglamentos, decretos, resoluciones y normativas relacionadas con la reducción de vulnerabilidad ante desastres, de los establecimientos de salud de Nicaragua, en el nivel gerencial de los servicios de salud primer y segundo nivel de atención y en el nivel político. Anexo No 3

A partir de los elementos recopilados en los objetivos 1 y 2 se analizó y comparó con el marco jurídico existente para brindar aportes que sirvan para establecer una estrategia viable que contribuya a la reducción de vulnerabilidad y a la gestión de riesgo en el establecimiento de salud de Nicaragua.

Para el éxito del estudio se realizaron cartas a los titulares de cada institución solicitando la autorización para aplicar la encuesta siendo explícito en el propósito académico del estudio.

La encuesta fue validada aplicándose el formulario en los diferentes niveles políticos y gerenciales de salud no contemplados en la muestra a estudio

Con fines éticos en el encabezado y al final de la encuesta se hizo referencia al propósito académico del estudio, haciendo mención al resguardo de la confidencialidad de la institución y el funcionario encuestado.

Para el análisis del estudio, se establecieron criterios o categorías para cada respuesta de la encuesta, las cuales fueron integradas a una base de datos en el programa de ofimática Access para su organización y trasladada al programa

f) Descriptores del Estudio

Objetivo específico No 1: Determinar el conocimiento sobre las causas de vulnerabilidad, las medidas de mitigación y sus beneficios ante desastres en los establecimientos de salud en el nivel gerencial de los servicios de salud primer y segundo nivel de atención y en el nivel político

- Conocimiento declarado y real sobre vulnerabilidad ante desastres de los establecimientos de salud de Nicaragua.
- Conocimiento a considerar a evaluar en los establecimientos de salud.
- Conocimiento sobre intervenciones conocidas para reducir vulnerabilidad en los establecimientos de salud.
- Conocimiento sobre preparativos para enfrentar situaciones de desastres.
- Conocimiento declarado y real sobre el concepto de mitigación.
- Conocimiento declarado y real sobre presupuesto para reducir vulnerabilidad en establecimiento de salud.

Objetivo específico No 2: Determinar el conocimiento sobre el marco normativo relacionado con la reducción de vulnerabilidad ante desastres, de los establecimientos de salud de Nicaragua en el nivel gerencial, de los servicios de salud, primer y segundo nivel de atención y en el nivel político

- Conocimiento sobre leyes expresas relacionadas a la reducción de vulnerabilidad de los establecimientos de salud.
- Conocimiento sobre reglamentos relacionados a la reducción de vulnerabilidad de los establecimientos de salud.

- Conocimiento sobre resoluciones ministeriales/municipales relacionadas a la reducción de vulnerabilidad de los establecimientos de salud.

Objetivo específico No 3: Aportar en la formulación de una estrategia que contribuya a la reducción de vulnerabilidad y a la gestión de riesgo en el establecimiento de salud de Nicaragua.

- Aportes que contribuyan a reducir la vulnerabilidad en los establecimientos de salud en Nicaragua.

g) **Operacionalización de variables:** para cada variable se construyó un indicador y una escala de categorías para su medición.

Variable	Indicador	Medición
1. Vulnerabilidad de los establecimiento de salud		
1. Conocimiento declarado de vulnerabilidad en los establecimientos de salud	El conocimiento que declaran conocer los funcionarios y las funcionarias encuestadas sobre vulnerabilidad en los establecimientos de salud	Si y NO
2. Conocimiento real de vulnerabilidad en los establecimientos de salud	El conocimiento que tienen los y las funcionarias encuestada sobre los tres elementos o componentes de la vulnerabilidad en los establecimientos de salud	Deberá incluir las categorías estructural no estructural y funcional
3. Conocimiento a considerar a evaluar en los establecimientos de salud	El conocimiento sobre los elementos que debe considerar una evaluación de vulnerabilidad en un establecimiento de salud.	Deberá incluir las categorías estructural no estructural, funcional y ordenamiento territorial.
4. Conocimiento sobre intervenciones conocidas para reducir vulnerabilidad en los establecimientos de salud.	El conocimiento sobre las intervenciones conocidas que se han realizados en los establecimientos de salud.	Deberá incluir las categorías estructural no estructural, funcional
5. Conocimiento sobre preparativos para enfrentar situaciones de desastres	El conocimiento sobre las capacidades y los conocimientos desarrollados para ser frente a situaciones de desastres	Deberá medirse a través de las categorías capacitación, organización, planificación, adiestramiento y abastecimiento de
2. Mitigación en los establecimiento de salud		
1. Conocimiento declarado sobre el concepto de mitigación	El conocimiento que declaran conocer los funcionarios y las funcionarias encuestadas sobre mitigación en los establecimientos de salud	Si y NO
2. Conocimiento real sobre el concepto de mitigación	El conocimiento real que tienen los o las funcionarias encuestada sobre los dos elementos o componentes de mitigación en los establecimientos de salud	Deberá incluir las categorías estructural y no estructural
3. Presupuesto para reducir vulnerabilidad en los establecimiento de salud		

Variable	Indicador	Medición
1. Conocimiento declarado sobre presupuesto para reducir vulnerabilidad en establecimientos de salud.	El conocimiento que declaran conocer los funcionarios y las funcionarias encuestadas sobre el presupuesto para reducir vulnerabilidad en los establecimientos de salud.	SI y NO
2. Conocimiento real sobre presupuesto para reducir vulnerabilidad en establecimiento de salud.	El conocimiento real relacionado al presupuesto asignado a la reducción de la vulnerabilidad de los establecimientos de salud.	Existe o No existe
4. Aspectos Normativos de reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud		
1. Conocimiento declarado sobre marco normativo para reducir vulnerabilidad en establecimientos de salud.	El conocimiento que declaran conocer los funcionarios y funcionarias encuestadas sobre el marco normativo para reducir vulnerabilidad en los establecimientos de salud.	SI y NO
2. Conocimiento real sobre marco normativo para reducir vulnerabilidad en establecimiento de salud.	El conocimiento real que tienen los y las funcionarias encuestadas sobre las leyes, decretos, resoluciones o normas técnicas para reducir vulnerabilidad en los establecimientos de salud.	Categorías conocidas Ley 337 decreto 98-2000, /423 art. 397/Ley 185 / Ley 618/Resolución 11-2002/NTON de prevención y seguridad contra incendio.
5. Estrategia para reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud		
1. Sugerencias para la formulación de una estrategia para reducir vulnerabilidad en establecimientos de salud	Los aportes que brindan los y las funcionarias encuestadas para formular una estrategia que contribuya a reducir la vulnerabilidad en los establecimientos de salud.	Categorías: Ordenamiento territorial, preparativos, normativos, estudios y diagnostico, presupuesto y mitigación.

h) **Conceptualización de las categorías de las base de datos para su medición.**

La Vulnerabilidad en los Establecimientos de Salud deberá considerar:

El componente **Estructural**, se refiere a aquellas partes de un edificio que lo mantienen en pie(cimientos, columnas, muros portantes, vigas y diafragma).

El componente **No Estructural**, se refiere a aquellos componentes de un edificio que están unidos a las partes estructurales pero que no participan a que el edificio se mantenga de pie se agrupan en tres categorías: componentes arquitectónicos, instalaciones y equipos.

El componente **Funcional Organizativo-Administrativo** se refiere, entre otras cosas, a la distribución y relación entre los espacios arquitectónicos y los servicios médicos y de apoyo al interior de los establecimientos de salud, las relaciones de dependencia física y funcional entre las diferentes áreas.

Mitigación:

Consiste en la implementación o aplicación de cualquier política, estrategia, obra o acción tendiente a reducir o minimizar el impacto del evento adverso, en el caso de los establecimientos de salud se aplica a los elementos estructurales y no estructurales de las unidades de salud.

Ordenamiento Territorial:

Ordenar, es una acción administrativa del estado, debido a que está vinculado con el uso y la ocupación del territorio. **Uso:** está relacionado con lo que el territorio nos ofrece y **ocupación:** lo que la sociedad utiliza de ese territorio, es un instrumento de planificación físico-estratégica de carácter sectorial y alcance municipal, sobre la base de un análisis de escenario de desarrollo confrontado con

las amenazas naturales presentes, se definen recomendaciones de uso habitacional, servicios y productivo del suelo, para reducir el riesgo para la población y la economía y contribuir al desarrollo local sostenible.

Planificación:

La planificación, la planeación o el planeamiento, es el proceso metódico diseñado para obtener un objetivo determinado, la planificación de la respuesta es parte integrante de la gestión del riesgo, en los establecimiento de salud se refiere al proceso de diseñar o de reducir la vulnerabilidad funcional, es decir que la instalación de salud con sus propios recursos pueda tener control de las emergencia externas e internas y continuar brindando sus servicios en función de proteger a los trabajadores, usuarios y bienes de servicios ante diferentes eventos sean éstos naturales, socio-naturales o antropogénicos.

Los preparativos:

Son todas aquellas acciones tomadas anticipadamente para asegurar una respuesta eficaz ante el impacto de amenazas, están orientadas a crear las condiciones necesarias para brindar una mejor respuesta con el objetivo de reducir al mínimo la pérdida de vidas humanas y daños.

También podemos decir que son las capacidades y los conocimientos desarrollados por los gobiernos, las instituciones, organizaciones de emergencias, las comunidades y los individuos, para prever (anticipar y pronosticar) y responder efectivamente al impacto de casos o condiciones de emergencia probables, inminentes o actuales.

Capacitación:

Esta se considera como un proceso educativo a corto plazo, que utiliza un

procedimiento planeado, sistemático y organizado, a través del cual el personal administrativo de una empresa u organización, adquirirá los conocimientos y las habilidades técnicas necesarias para acrecentar su eficacia en el logro de las metas que se haya propuesto la organización en la cual se desempeña.

Adiestramiento:

Son todas aquellas prácticas que permiten adquirir habilidades y destrezas, es decir la capacidad para hacer las cosas de acuerdo a lo enseñado.

Ejemplo: El adiestramiento se comprueba a través de ejercicios en donde se ejecutan acciones previamente planeadas, que representan situaciones de desastre semejantes a la realidad y que a través de la movilización de recursos y personal, permite evaluar la capacidad de respuesta con los recursos existentes al enfrentar una supuesta emergencia o desastre.

Organización:

Se refiere a los sistemas sociales diseñados para lograr metas y objetivos, cuyas reglas y normas de comportamiento, deben sujetarse a todos sus miembros, en el caso de los establecimientos de salud se refiere a los comités institucionales de emergencias, que también tienen como objetivo la gestión del riesgo.

VIII.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS

RESULTADOS DEL ESTUDIO:

En base al objetivo No 1 sobre las medidas de reducción de vulnerabilidad en los establecimiento de salud, los grupos a estudios únicamente (3%) 1 alcaldía, el (7%) 2 centros de atención primaria, el (3%) 1 hospital y el (7%) 2 instituciones gestoras de los establecimientos de salud, conocen integralmente el concepto de vulnerabilidad, el 80% (24) tienen conocimiento de forma parcial. Ver gráfico 1 y 2

Los elementos de vulnerabilidad considerados a evaluar en los establecimientos de salud en los grupos de las 9 alcaldías, (55%) predomina el componente estructural, (11%) no estructural (33%) el ordenamiento territorial, y (11%) el componente funcional. Ver gráfico No 3

En el grupo de las 6 instituciones gestoras de los establecimientos de salud predomina el componente funcional (67%), seguido del estructural (50%), no estructural (17%) y ordenamiento territorial (17%). Ver gráfico No 3

Los elementos de vulnerabilidad considerados a evaluar en los establecimientos de salud por los centros de atención primaria, los componentes estructurales representan el (82%) y funcionales (73%), seguido de los no estructurales (36%), ordenamiento territorial (36%) y ninguno (9%) ni Ver gráfico No 4

En el grupo de hospitales existe un predominio del componente estructural (100%) y del funcional (100%) seguido del no estructural (75%), ordenamiento territorial (0%). Ver gráfico No 4

Las intervenciones conocidas que se hayan realizados para reducir la vulnerabilidad en los establecimientos de salud;

El grupo de las alcaldías el (22%) conocen intervenciones de los elementos no

estructurales, (22%) funcionales, (44%) ninguno y (0%) los elementos estructurales. Ver gráfico No 5

El grupo de atención primaria conocen intervención de los elementos estructurales (9%,) funcionales (100%), no estructurales (0%) y el desconoce intervenciones (9%). Ver gráfico No 5

El grupo de los hospitales (75%) conocen intervenciones funcionales, (50%) no estructurales, (0 %) estructural y el (25 %) desconocen intervenciones.

El grupo de las instituciones (17%) conocen intervenciones en los elementos estructurales, (17%) no estructurales, el (50%) funcionales y un (17%) ninguno. Ver gráfico No 5

En relación a los preparativos conocidos de las unidades de salud para enfrentar eventos adversos causantes de desastres; el grupo de las alcaldías el (55%) conoce capacitación, (22%) planificación, (33%) organización, (33%) abastecimiento de emergencia y (11%) el adiestramiento. Ver gráfico No 6

El Grupo de las Instituciones (50%) planificación, (33%) organización, y (17%) para los componentes de capacitación, adiestramiento y abastecimiento de emergencia. Ver gráfico No 6

El grupo de los centros de atención primaria el (45%) planificación, (55%) para el componente de organización, (55%) capacitación y (27%) adiestramiento y (27%) abastecimiento de emergencia. Ver gráfico No 6

El grupo de Hospitales el (50%) capacitación, el (25 %) planificación, (25%) organización, (25%) abastecimiento de emergencia y (0%) adiestramiento. Ver gráfico No 7

El concepto declarado¹² de mitigación en establecimientos de salud, el (89%) del grupo de las alcaldías respondió conocerlo (11%) desconocerlo, los centros de atención primaria (81%) conocen el (9%) desconoce, el grupo de hospitales 100% conocen y las instituciones (100%) conocen. Ver gráfico No 8

Al confirmar el conocimiento real¹³ el (57%) demuestra acierto en el concepto de mitigación de forma integral; (13%) de las alcaldías, (17%) los centros de atención primaria, (7%) los hospitales, (20%) las instituciones gestoras el (43%) desconoce el concepto. Ver gráfico No 9

El presupuesto para las acciones de reducción de vulnerabilidad de los establecimientos de salud el (3%) 1/30 tomadores de decisiones encuestados, asevera la existencia de presupuesto Ver Gráfico No 10

En base al objetivo No 2, conocimiento declarado, por los tomadores de decisiones encuestados, acerca del marco normativo relacionado a la reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud en Nicaragua el (70%) 21/30 afirma conocer las leyes, decretos, resoluciones, reglamentos y normas relacionados al tema, el (30%) 9/30 desconoce el marco normativo. Ver gráfico No 11

El conocimiento real del marco normativo sobre reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud, (63%) 19/30 conocen la Ley 337 el (23%) 7/30 conocen la Ley 423 relacionado al tema, el (7%) 2/30 conocen la resolución ministerial 11-2002, **el 100% desconoce otras leyes relacionadas al tema de seguridad y**

¹² Conocimiento Declarado; es lo que expresa el encuestado conocer, pudiendo ser la respuesta acertada o incierta.

¹³ Conocimiento Real; es lo que expresa el encuestado conocer, cuya respuesta debe corresponder a las categorías que componen integralmente el concepto, ejemplo: vulnerabilidad en los establecimientos de salud esta compuesta por los elementos estructurales, no estructurales y funcionales.

reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud. Ver gráfico No 12

En base al objetivo No 3 aportes sugeridos a una estrategia de reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud fueron los siguientes; Estudio y diagnósticos (27%), Mitigación (23%), presupuesto (20%), aspectos normativos (13%), preparación (13%), ordenamiento territorial (7%). Ver gráfico No 12

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Para determinar el nivel de conocimiento en tomadores de decisión sobre las medidas de reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud se comparo el conocimiento declarado con el conocimiento real en donde el 100 % de los 30 tomadores de decisiones encuestados declararon conocer el concepto de vulnerabilidad, al confirmar el conocimiento real, confirmamos que únicamente el (20%) conocen integralmente¹⁴ el concepto de vulnerabilidad, es decir que considere **los elementos estructurales, no estructurales y funcionales** y esto a expensa de 1 alcaldía 2 centros de atención primaria 1 hospital y 2 instituciones gestoras el (80%) conoce el concepto parcialmente¹⁵ Ver gráfico No 1 y 2

Se evidencia la priorización a la evaluación de los **elementos estructurales y funcionales**, no así a los elementos **No Estructurales** con la excepción del grupo hospitalario que el (75%) si lo considero, esto es muy importante, ya que los componentes no estructurales representan un valor económico superior al costo de la estructura, según análisis efectuados, el valor de los componentes no estructurales constituye en promedio de más del 80% del costo total del hospital.

La localización del sitio de emplazamiento de las unidades de salud según el ordenamiento territorial, fue considerada por los grupos de las alcaldías, centro de atención primaria e instituciones, no así por el grupo hospitalario, aun cuando a las alcaldías son las responsable de aplicar estos instrumentos para el desarrollo y

¹⁴ Integralmente: el concepto de vulnerabilidad es definido sobre la base a todos sus componentes: estructural, no estructural y funcional.

¹⁵ Parcialmente: el concepto de vulnerabilidad es definido sobre la base a uno o dos de sus componentes y no en todos.

seguridad de la inversión pública, la mayoría no considero esta herramienta (89%), como un instrumento para reducir vulnerabilidad, elemento que ha contribuido a que muchos de los establecimiento de salud sean construidos en zonas de riesgo a desastres Ver gráfico No 3 y 4

En relación al conocimiento de las intervenciones conocidas de reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud, en los resultados predomina el componente funcional principalmente en el grupo de atención primaria seguido por el grupo de hospitales e instituciones gestoras, las intervenciones sobre los componentes no estructurales y estructurales son poco conocidas, sin embargo el 50% del grupo de hospitales afirma conocer intervenciones no estructurales, esto deja en evidencia que el componente funcional ha sido la medida mayormente aplicada para reducir vulnerabilidad Ver gráfico No 5

En relación a los preparativos para enfrentar situaciones de desastres, existe un predominio de los procesos de capacitación a expensa de las alcaldías centro de atención primaria y hospitales, seguido de la organización y planificación, quedando el abastecimiento y adiestramiento en último lugar, sin embargo el tema relacionado con el adiestramiento no fue mencionado en el grupo de los hospitales, esto pone en claro que los preparativos para enfrentar desastre quedan sobre una base teórica, ya que no se están aplicando mecanismos de evaluación, que permitan medir habilidades y destrezas de la unidad de salud ante diferentes eventos causantes de desastre, no referimos a ejercicios de simulación y simulacros. Ver gráfico No 6 y 7

El conocimiento declarado del concepto de mitigación 28 (93%) de 30 encuestado confirma conocerlo, pero al confirmar el conocimiento real, es notable que el (43%)

desconoce el concepto de forma integral, es decir que incorpore los elementos estructurales y no estructurales, estos resultados crean dificultades en los tomadores de decisión al momento de priorizar proyectos relacionados a procesos de ampliación, remodelación y construcciones **seguras** de unidades de salud, ya que no consideran las medidas viables y factibles para reducir el impacto de los desastres sobre esta infraestructura de salud. Ver gráfico No 8 y 9

En relación al presupuesto, los resultados evidencian que existe presupuesto para otros rubros de salud, pero no hay una partida presupuestaria específica dirigida a los procesos de reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud, Ver gráfico No 10

Referentes a las normativas leyes, reglamentos, decretos, resoluciones y normas relacionadas expresamente o de forma casual con la reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud, existe un conocimiento de forma general sobre la Ley 337 creadora del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres SINAPRED 19 de 30 encuestados, pero no así del decreto 98-2000, reglamento de asignación de funciones a las instituciones del estado y con ella al Ministerio de Salud, otra ley conocida es la Ley 423 Ley General de Salud 7 de 30 encuestado confirma conocer el artículo 397 que hace referencia al cumplimiento del decreto 98-2000, esto influye a que muchos tomadores de decisiones, no consideren en su procesos de planificación el tema de reducción de vulnerabilidad de los establecimientos de salud ante desastres, apenas 2 de 30 encuestado mencionan la resolución ministerial 11-2001, la cual hace referencia que todos los nuevos diseños y construcciones que el MINSA impulse con fondos propios y con fondos de la cooperación externa deben incluir los estudios de amenazas, de

reducción de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional, aun cuando esta resolución fue elaborada en el año 2002, su contenido está directamente relacionado a la protección de las unidades de salud, ya emplazadas y nuevas construcciones, elemento normativo que se debiera retomar y adaptarlo al modelo de desarrollo del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Otras leyes y normativas, relacionadas son desconocida según la encuesta, nos referimos a la Ley 185 del código del trabajo, Ley 618 de Higiene y Seguridad del Trabajo, Normas Técnicas Obligatorias Nicaragüenses relacionadas a protección y seguridad contra incendio y al Reglamento Nacional de la Construcción. Ver Gráfico No

12

Los resultados del estudio evidencian que los tomadores de decisión proponen en orden de prioridad las siguientes acciones relacionadas a la reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud: realización de estudios y diagnósticos, acciones de mitigación, presupuesto, aspectos normativos, preparación y ordenamiento territorial.

Los tomadores de decisión debieron considerar en primer lugar, como elemento impulsador, los aspectos normativos y técnicos, para justificar toda intervención viables y factibles para reducir la vulnerabilidad en los establecimientos de salud; incorporar al presupuesto los diagnósticos, medidas de mitigación y preparativos, sin obviar, que antes de construir una nueva unidad de salud, debe estar bien definido el sitio de emplazamiento y que este sea seguro ante desastre, sobre la base de un ordenamiento territorial.

VIII. CONCLUSIONES

1.-Al obtener como resultado un conocimiento parcial sobre el concepto de vulnerabilidad, es decir que el concepto no integre los tres elementos; **estructurales, no estructurales y funcionales**, constituye una limitante para los tomadores de decisión, al momento de formular un plan, programa o proyecto relacionado con los establecimiento de salud seguro, ya que no integraría estos elementos en los diseños de nuevas infraestructura de salud o en infraestructuras sujetas a intervenciones de ampliación, remodelación y rehabilitación.

2.-El desconocimiento de los instrumentos físicos-estratégicos como es el **ordenamiento territorial**, que no es más que la relación de ocupación del territorio sobre una base de análisis de escenarios de desarrollos confrontado las amenazas naturales presente en los territorios, a conllevado a emplazar proyectos de salud, construcción de hospitales y otras unidades de salud en zonas de riesgo a desastre.

3.-Aunque existe un predominio de los procesos de capacitación, organización y planificación como elementos para asegurar una respuesta eficaz ante el impacto de un evento adverso; es necesario comprobar los diferentes niveles de preparación a través del adiestramiento, realización de ejercicios de simulacros, que permitan evaluar los planes de emergencias externos e internos de las diferentes unidades de salud.

4.-La mitigación es un elemento importante para reducir la vulnerabilidad en los establecimientos de salud y inversamente es necesario realizar los estudios de vulnerabilidad para efectuar obras de mitigación; por tanto si no se maneja el concepto de forma integral, que incorpore lo estructural y no estructural, muy

difícilmente quienes gestionan planes, programas, proyectos relacionados a la construcción, ampliación, remodelación y rehabilitación de establecimiento de salud van incorporar estos elementos.

5.-Se evidencia que no existe un presupuesto directamente dirigido a reducir la vulnerabilidad en los establecimientos de salud.

6.- El desconocimiento del marco normativo, es un factor que limita a los tomadores de decisión, para una gestión efectiva que impulse medidas viables y factibles en función de minimizar, proteger y reducir los daños que pudieran sufrir las unidades de salud a causa de los desastres, se evite la construcción de nueva infraestructura de salud, sin considerar los análisis de reducción de vulnerabilidad.

7.- En relación a los aportes que pudieran contribuir a la formulación de una estrategia de reducción de vulnerabilidad, en orden de prioridad se identificaron los siguientes; **realización de estudios y diagnósticos, acciones de mitigación, presupuesto, aspectos normativos, preparación y ordenamiento territorial**, sin embargo para efecto de desarrollar acciones viables y factibles, los aspectos normativos y técnicos constituirían los elementos impulsores para el resto de las acciones priorizadas.

IX. RECOMENDACIONES:

En el corto plazo el Ministerio de Salud de Nicaragua MINSA deberá constituir una comisión técnica funcional que involucre instituciones de comisión de trabajo sectorial de salud e infraestructura del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres, con el acompañamiento técnico de expertos de la OPS en la temática de reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud, con el propósito de impulsar una estrategia de reducción integral del riesgo en salud, ya que la evaluación de la vulnerabilidad de los establecimientos de salud frente a los desastres tiene como objetivo identificar los elementos que requieren ser reforzados para su seguridad y funcionamiento, priorizando la intervención en aquellas unidades de salud que por su naturaleza, ubicación o importancia, deben seguir su funcionamiento durante un desastre:

A corto plazo recomendamos:

- 1.-Al MINSA a través de la Unidad técnica de Enlace para Desastres con el asesoramiento técnico de la OPS, en coordinación con las autoridades del Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal (INIFOM), deberá implementar un programa de sensibilización, divulgación y capacitación sobre los aspectos técnicos y normativas de reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud, dirigidos a tomadores de decisiones de las alcaldías.
- 2.- A la Secretaría Ejecutiva del SINAPRED incorporar el tema de establecimientos de salud seguro, en la inclusión de gestión de riesgo en los sistemas de inversión pública municipal.
- 3.- Al MINSA coordinar con la universidad nacional de ingeniería UNI en un corto a mediano plazo fortalecer los procesos de aplicación de la metodología del índice de

seguridad en todos los establecimientos de salud del país, a partir de sus resultados y promover la inclusión de financiamiento en el presupuesto, para corregir las deficiencias encontradas y de esta manera elevar los índices de seguridad y reducir vulnerabilidad, proponer a la creación e implementación de un programa de especialización para los funcionarios de la División General de Recursos Físicos para la salud, División de Desarrollo tecnológicos e Infraestructura del MINSA central y SILAIS, que incorpore los elementos esenciales para reducción de la vulnerabilidad en los establecimientos de salud.

4.- Al MINSA promover a través del Ministerio del Trabajo específicamente con la oficina encargada de la seguridad e higiene del trabajo, el instrumento índice de seguridad hospitalaria para ser incluido dentro de sus instrumentos de evaluación, con el propósito de asegurar el cumplimiento de las medidas recomendadas en los estudios.

5.- Al MINSA central analizar, la viabilidad y factibilidad de que la Unidad Técnica de Enlace para Desastres, como un ente de coordinación entre el sector salud y la Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres, se eleve a un nivel de dirección de salud dentro de su estructura y cuente con el presupuesto necesario y descentralizado para ejecutar las acciones en correspondencia al decreto 98-2000 de la Ley 337.

6.- Al MINSA a través de la Unidad Técnica de Enlace para Desastres en coordinación con la Secretaría Ejecutiva del SINAPRED, la comisión de operaciones especiales y salud deberá elaborar e implementar un programa de evaluación a los planes de emergencias sanitarios locales y los planes de emergencias externos e internos de los hospitales para situaciones de desastres a

través de ejercicios de simulación y simulacros, con el fin de valorar sus capacidades reales, habilidades y destrezas ante eventos adversos, basado en las amenazas existente en sitio de emplazamiento del establecimiento de salud.

7.-Al Centro de Investigaciones y Estudio de la Salud, en función de fortalecer las capacidades gerenciales en salud, debe promover la incorporación de un módulo de postgrado o especialización relacionado a la Gestión Integral del Riesgo en el Sector Salud, que incorpore elementos normativos y básicos de reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud.

8.- Al MINSA impulsar un proceso de sensibilización sobre gestión del riesgo del sector salud, dirigido a legisladores de la comisión de salud de la Asamblea Nacional y en coordinación con la Comisión de Infraestructura del Sistema Nacional para la Prevención Mitigación y Atención de Desastres, solicitar al poder legislativo a través de esta comisión, se dicte una base legal en función de incorporar al reglamento nacional de la construcción un capítulo específico de reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud.

9.- Al MINSA retomar la resolución ministerial 11-2002 del Ministerio de Salud y adaptarla al nuevo modelo de gestión del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional en donde la participación ciudadana constituye un eje fundamental en las decisiones y problemática institucional para que se considere la reducción de la vulnerabilidad de los establecimientos de salud una prioridad.

10.- A la Dirección General de Normas de Construcción del Ministerio de Transporte e Infraestructura (MTI), considerar y priorizar la revisión y actualización del reglamento de la construcción en coordinación con el MINSA e instituciones de la Comisión de Trabajo Sectorial de Infraestructura del Sistema Nacional para la

Prevención mitigación y Atención de Desastres, con el acompañamiento del Programa de Emergencia y Desastres de la OPS, como órgano técnico para asesorar en materia de prevención mitigación y atención de desastres en el sector salud, de tal forma que se redacte un capítulo técnico-normativo, que reglamente las medidas de reducción de vulnerabilidad específicamente para los establecimientos de salud estén estos construidos, sometidos a proyectos ampliación, remodelación y para nuevos proyectos de construcción que incorporen estas medidas desde su diseño y construcción.

11.- La comisión técnica deberá constituirse mediante una Resolución Inter-Ministerial y que esta sea coordinada por Unidad Técnica de Enlace para Desastre del MINSA Central, integrada por la División General de Recursos Físicos para la Salud y Regulación del MINSA, instituciones pertenecientes a la comisión de trabajo sectorial de infraestructura, con el acompañamiento técnico del Programa de Emergencia y Desastres de la Organización Panamericana de la Salud, para revisar, supervisar y evaluar los proyectos de ampliación, remodelación de establecimientos de salud, así como el diseño y construcción de nuevas unidades de salud, con el fin de asegurar todas las medidas necesarias para reducir la vulnerabilidad ante desastres.

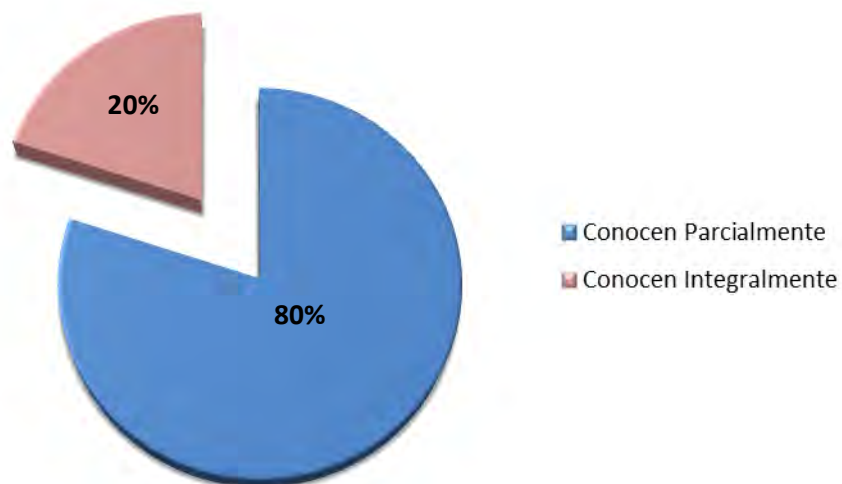
X. BIBLIOGRAFÍA:

1. Asamblea Nacional. República de Nicaragua. **Ley 337 creadora del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres.** En: La Gaceta No. 70. Managua, Nicaragua 7 de Abril del 2000.
2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala/Instituto Guatemalteco de Seguridad Social/Cuerpo Médico Militar. **Guía Metodológica para la Elaboración de Planes de Contingencia, Emergencias y Desastres.** OPS/OMS. 2002.
3. Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. **Modelo de Salud Familiar y Comunitario: Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicios. MINSA.** Managua, Julio 2008.
4. -----**Protección de las nuevas instalaciones de salud a desastres naturales, guía de promoción de mitigación de desastres.** OPS- OMS 2003.
5. -----**Guía metodológica para la elaboración de planes sanitarios de emergencia para situaciones de desastres.** 3ª ed. MINSA. Managua. 2010.
6. Organización Panamericana de la Salud. **Planeamiento Hospitalario para Desastres.** OPS/OMS. 2003
7. -----**Fundamentos de Mitigación de Desastres en Establecimientos de Salud Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencias y Coordinación de Socorro en Situaciones de Desastres.** OPS/OMS. Washington, D.C. OPS. 2004 153 p. (Serie Mitigación de Desastres).
8. -----**Guía de Reducción de la Vulnerabilidad en el diseño de nuevos establecimientos de salud.** OPS/OMS. 2004.
9. -----**Salud y Desastres** 3ª.ed. OPS/OMS. 2005.

- 10.-----**Guía del Índice de Seguridad Hospitalaria.** OPS/OMS. Washington, D.C. 2008.
11. ONU. **Informe Conferencia Mundial sobre la reducción de los desastres.** **Kobe,** Hyogo Japón. Naciones Unidas. 2005.
12. ONU/EIRD/OPS/BM. **Informe Campaña Mundial 2008-2009 para la Reducción de Desastres a los “Hospitales Seguros frente a los Desastres”.** En: [Soporte electrónico] [www.unisdr.org/wdrc] [www.paho.org/desastres]. 2008-2009.

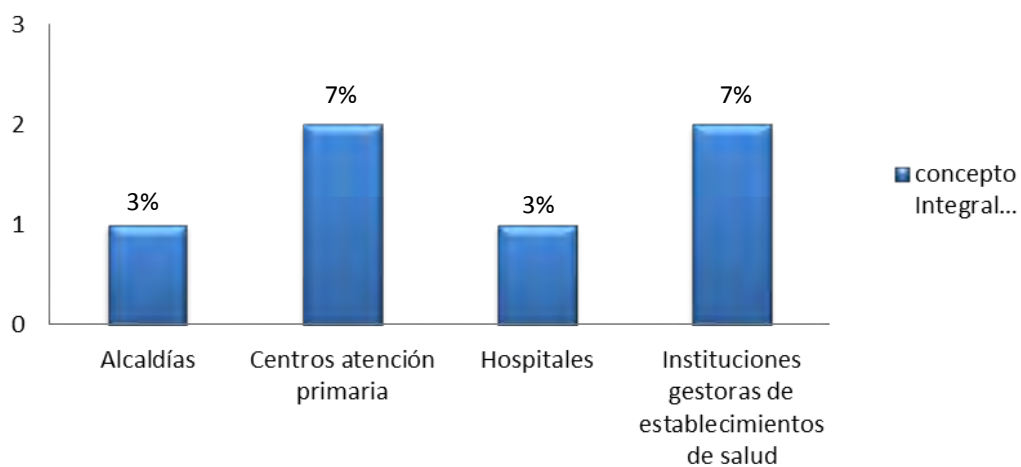
ANEXOS

Gráfico No. 1
Conocimiento de vulnerabilidad aplicando los criterios estructurales, no
estructurales y funcionales en los establecimientos de salud - Nicaragua
Mayo a Julio 2012



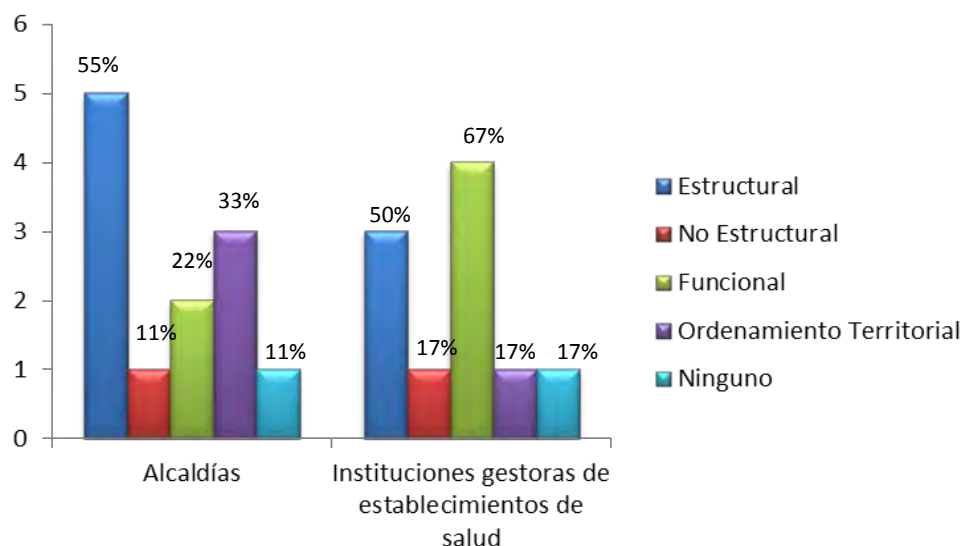
Fuente: Encuesta a tomadores de decisión MSP 2010-2012

Gráfico No 2
Conocimiento de vulnerabilidad aplicando los criterios estructurales, no
estructurales y funcionales en los establecimientos de salud - Nicaragua
Mayo a Julio 2012



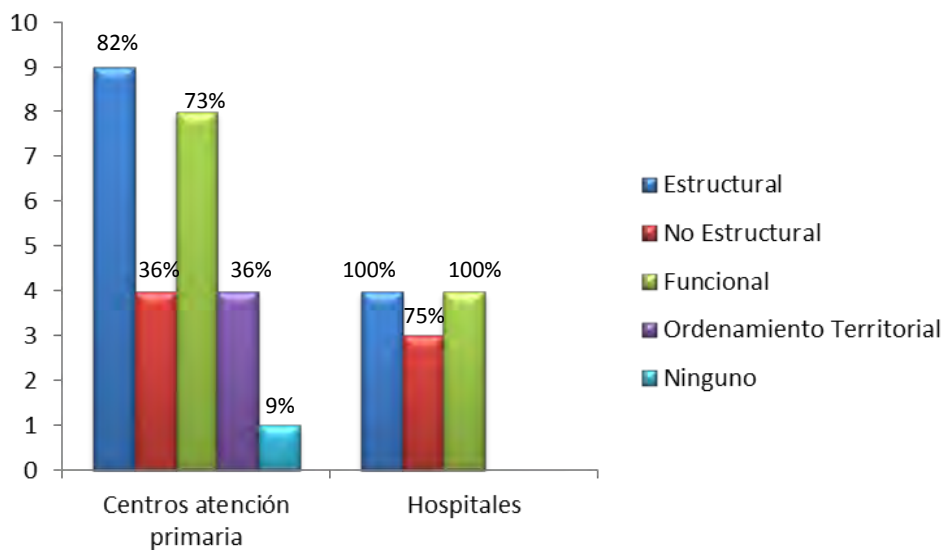
Fuente: Encuesta a tomadores de decisión MSP 2010-2012

Gráfico No 3
Conocimiento de tomadores de decisión considerados para evaluar la
vulnerabilidad en los establecimientos de salud - Nicaragua
Mayo a Julio 2012



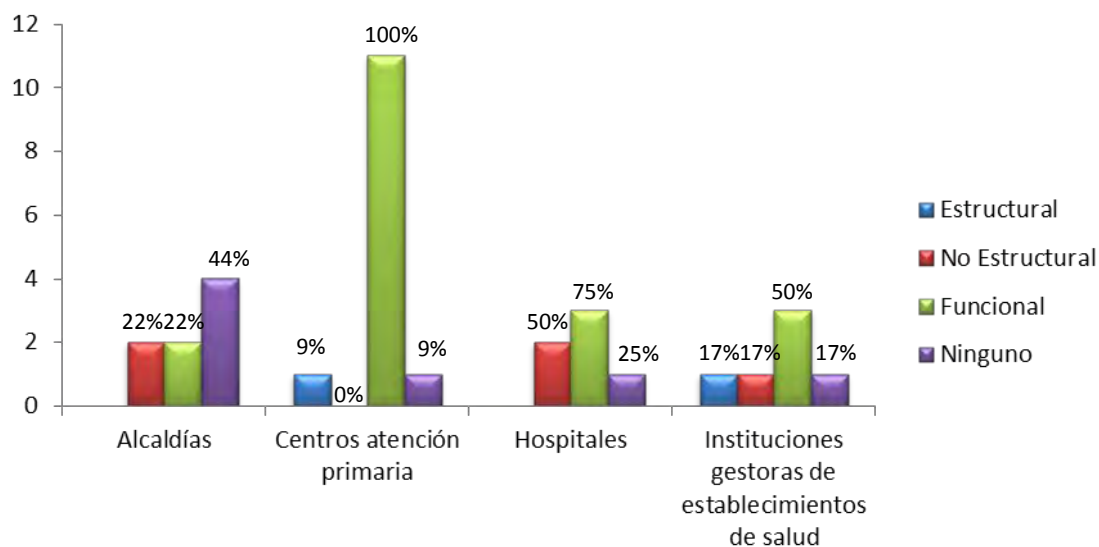
Fuente: Encuesta a tomadores de decisión MSP 2010-2012

Gráfico No 4
Conocimiento de tomadores de decisión considerados para evaluar la
vulnerabilidad en los establecimientos de salud -Nicaragua
Mayo a Julio 2012



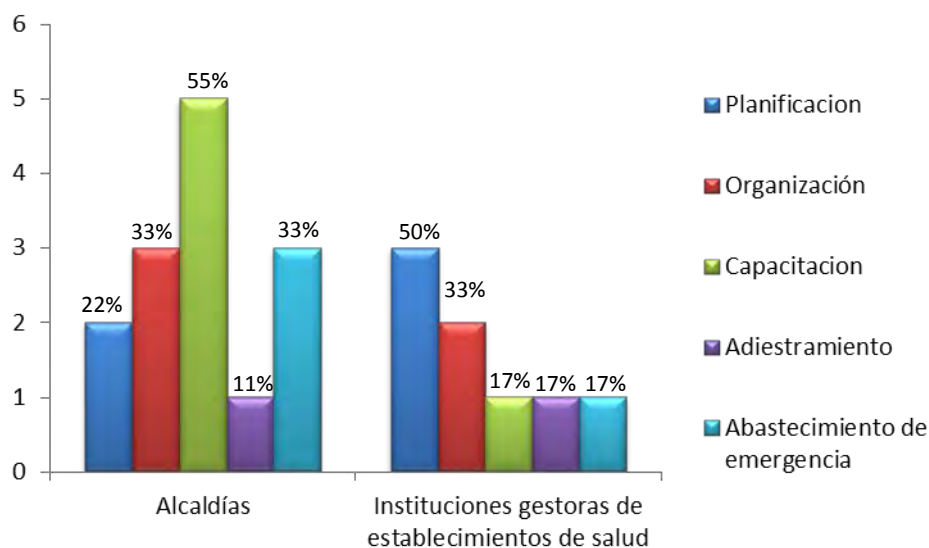
Fuente: Encuesta a tomadores de decisión MSP 2010-2012

Gráfico No 5
Intervenciones conocidas por los tomadores de decisión de reducción de vulnerabilidad en establecimiento de salud de Nicaragua
Mayo –Julio 2012



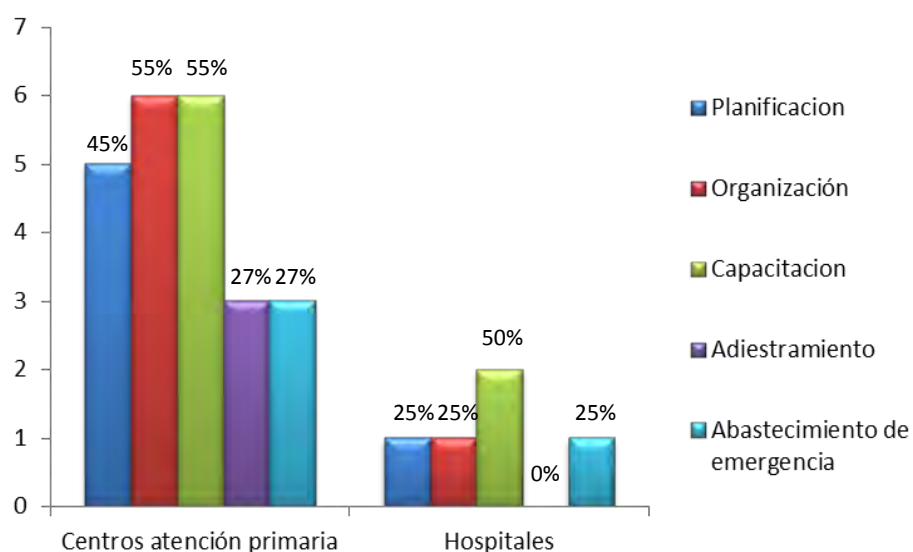
Fuente: Encuesta a tomadores de decisión MSP 2010-2012

Gráfico No 6
Conocimiento de tomadores de decisión sobre preparativos para enfrentar situaciones de desastre en los establecimientos de salud - Nicaragua
Mayo – Julio 2012



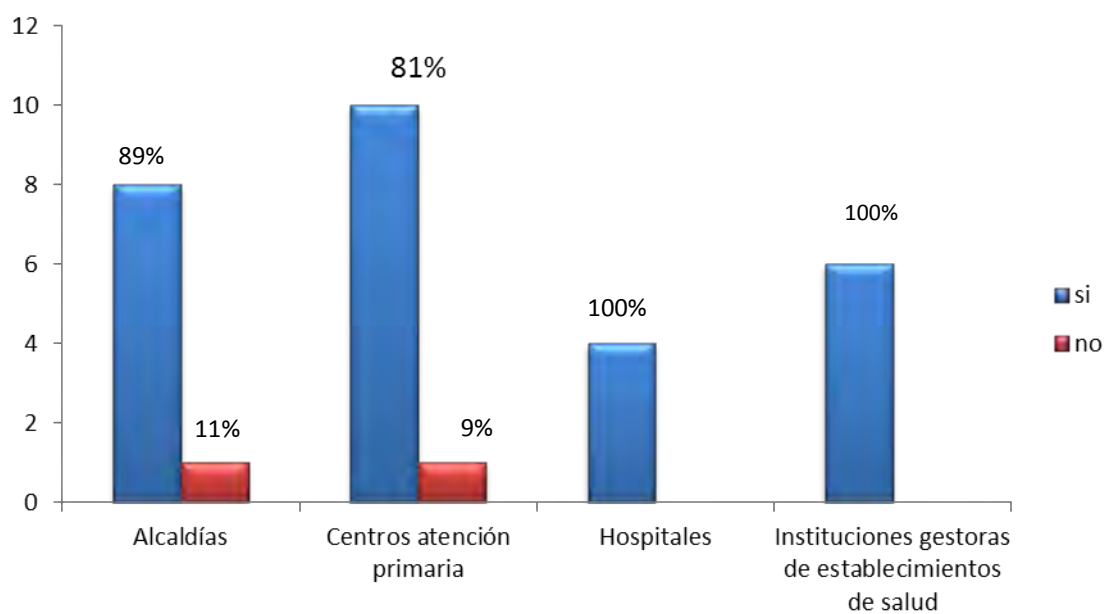
Fuente: Encuesta a tomadores de decisión MSP 2010-2012

Gráfico No 7
Conocimiento de tomadores de decisión sobre preparativos para
enfrentar situaciones de desastre en los establecimientos de salud -
Nicaragua
Mayo – Julio 2012



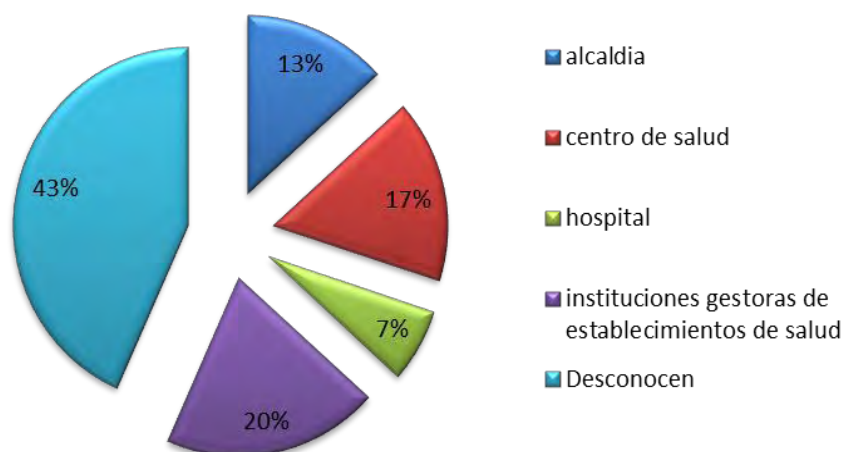
Fuente: Encuesta a tomadores de decisión MSP 2010-2012

Gráfico No 8
Conocimiento declarado de tomadores de decisión sobre el concepto de
mitigación en los establecimientos de salud - Nicaragua
Mayo – Julio 2012



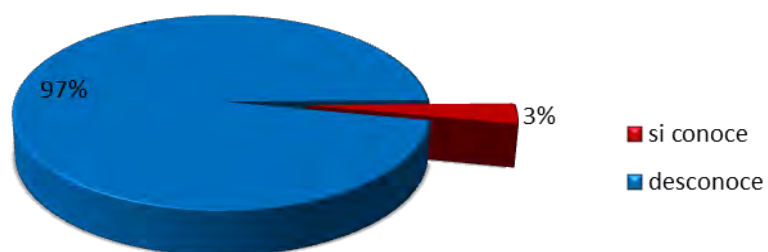
Fuente: Encuesta a tomadores de decisión MSP 2010-2012

Gráfico No 9
Conocimiento real de tomadores de decisión del concepto de mitigación
en los establecimientos de salud- Nicaragua
Mayo – Julio 2012



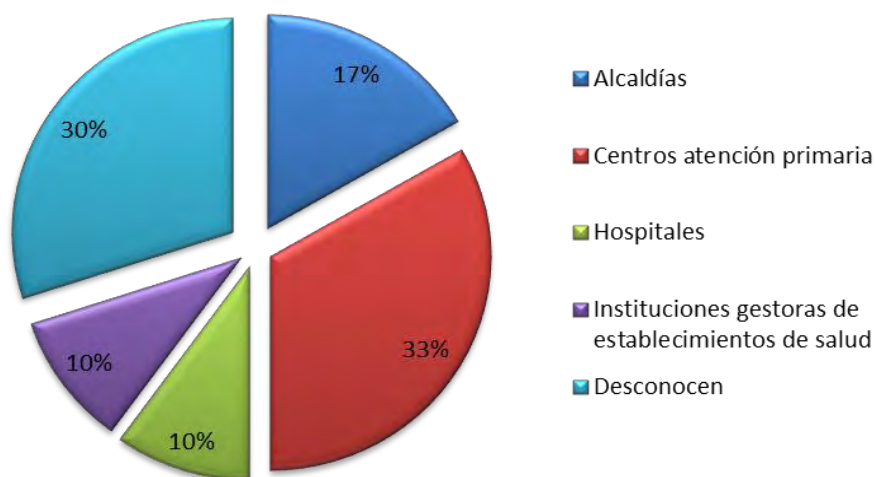
Fuente: Encuesta a tomadores de decisión MSP 2010-2012

Gráfico No 10
Conocimiento de tomadores de decisión sobre presupuestos asignado para
reducción de vulnerabilidad en los establecimientos de salud - Nicaragua
Mayo – Julio 2012



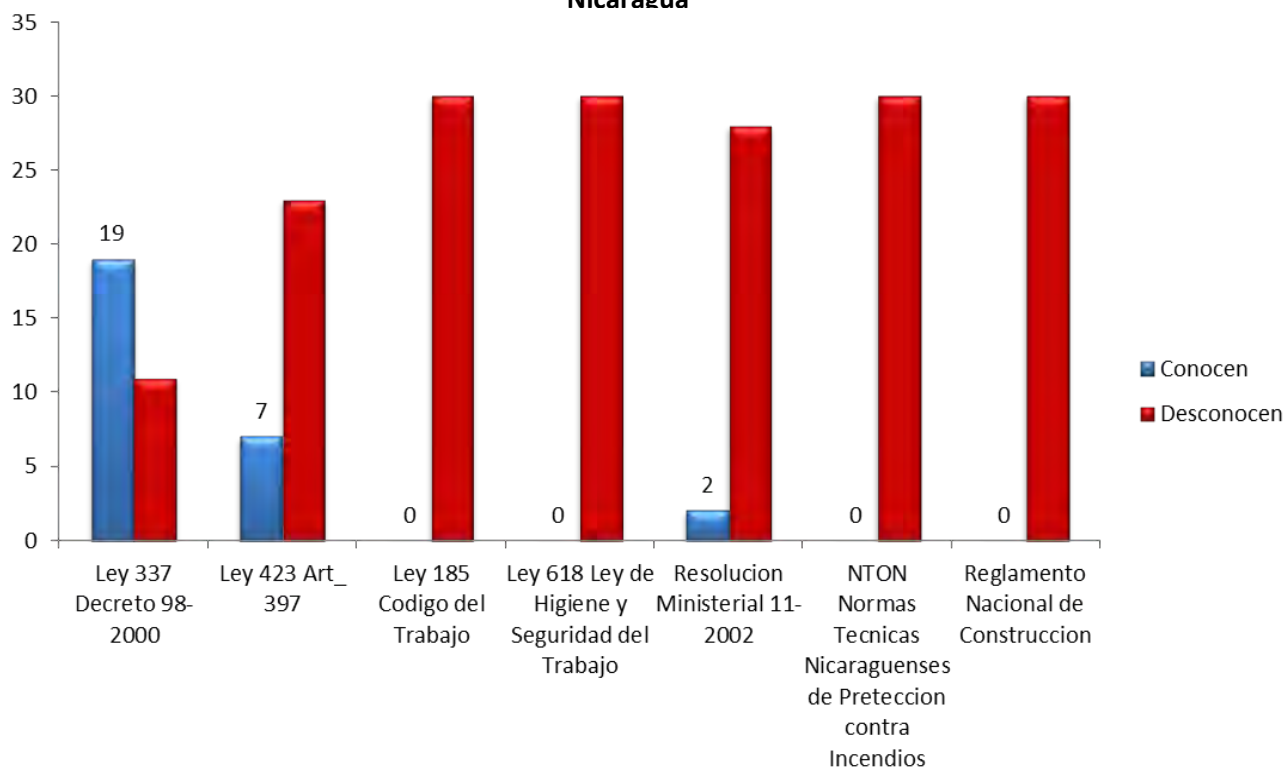
Fuente: Encuesta a tomadores de decisión MSP 2010-2012

Gráfico No 11
Conocimiento declarado de tomadores de decisión sobre el marco
normativo relacionado a la reducción de la vulnerabilidad en
establecimientos de salud - Nicaragua
Mayo – Julio 2012



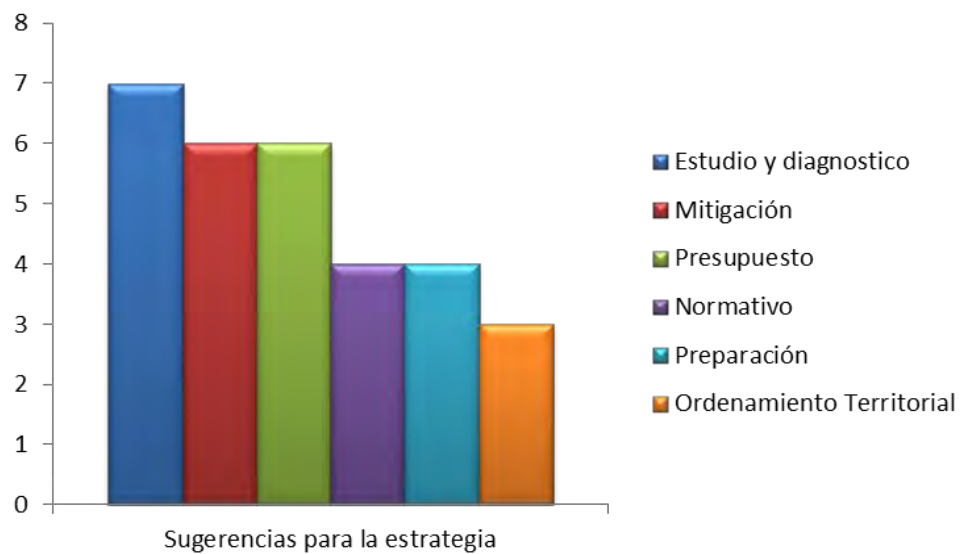
Fuente: Encuesta a tomadores de decisión MSP 2010-2012

Gráfico No 12
Conocimiento real del marco normativo relacionado
a la reducción de la vulnerabilidad de los establecimientos de salud -
Nicaragua



Fuente: Encuesta a tomadores de decisión MSP 2010-

Gráfico No 13
Componentes sugeridos para la estrategia de reducción de vulnerabilidad en
los establecimientos de salud - Nicaragua
Mayo – Julio 2012



Fuente: Encuesta a tomadores de decisión MSP 2010-2012

ANEXO No 2

Definición de la red de servicios según los establecimientos del Ministerio de Salud¹⁶

Para lograr organizar una red escalonada de servicios de salud con niveles de complejidad creciente, de acuerdo con los postulados de la atención progresiva y poniendo dichos servicios lo más cercanamente posible de las personas y su residencia, atendiendo las disponibilidades de recursos de que el Estado puede destinar para mejorar la salud de los nicaragüenses, se han definido ocho categorías de establecimientos de salud para el Ministerio de Salud. Ellos son:

- Puesto de Salud Familiar y Comunitario
- Centro de Salud Familiar
- Hospitales Primarios
- Policlínicos
- Hospitales Departamentales
- Hospitales Regionales (con sus Centros de Diagnóstico de Alta Tecnología)
- Hospitales con Servicios de Referencia Nacional
- Servicios Nacionales de Tercer Nivel de Atención

Puesto de Salud Familiar y Comunitario

Es la unidad funcional básica dentro de la red municipal del Ministerio de Salud y puede estar ubicado en áreas rurales o urbanas. Su principal objetivo es

¹⁶ Fuente Modelo de Salud Familiar y Comunitaria Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicio MINSA 2008

responder con la participación comunitaria al reto de preservar la salud y enfrentar los principales problemas de salud de la población.

Su actividad está orientada a la promoción, prevención y atención oportuna al daño, atiende emergencias relativas, efectúa referencias y da seguimiento a las contra-referencias de pacientes.

Dispone de personal médico y de enfermería de forma permanente, de insumos médicos y no médicos de acuerdo a su capacidad resolutive. Sus acciones son de carácter integral y están dirigidas a las personas, familia, comunidad y medio ambiente, con énfasis en la atención a grupos vulnerables y especiales (mujer, niñez, adolescentes y adulto mayor). A lo interno de la unidad, se realizan acciones de atención integral a las personas tanto clínicas preventivas como las curativas acordes a su nivel de resolución. El Puesto de Salud Familiar y Comunitario se constituye en la sede de los equipos de salud familiar y comunitario que realizan en forma sistemática sus intervenciones en el terreno a los sectores bajo su responsabilidad, desarrollando la salud familiar y comunitaria.

Centro de Salud Familiar

Es una unidad de salud de atención ambulatoria que proporciona servicios orientados a la promoción, prevención y atención oportuna al daño, según lo definido en el conjunto de prestación de servicios y acorde a la demanda. Es la unidad de provisión y gestión de los servicios ambulatorios de atención integral a las personas, familia y comunidad; así como a la salud ambiental que jerarquiza la red de servicios de su Municipio o Distrito.

En el Centro de Salud se asientan los Equipos de Salud Familiar para los sectores aledaños a éste (urbanos y periurbanos o semirurales) por lo que cumple funciones

de Puesto de Salud Familiar y Comunitario para las poblaciones de esos sectores.

El Centro de Salud familiar tiene como función primordial brindar apoyo a los Puestos de Salud Familiar y Comunitarios y sus Equipos de Salud Familiar dada su mayor capacidad resolutive en cuanto a diagnóstico, terapéutica, educación para la salud e inspección sanitaria y eventualmente atención con especialidades médicas, debiendo programarse el apoyo a los Puestos de Salud Familiar y Comunitarios de acuerdo con las necesidades de éstos y las disponibilidades del Centro.

Es la sede del equipo de Apoyo que establece el Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Además del personal médico y de enfermería dispone de forma permanente, de personal de odontología, farmacia, técnicos de higiene, educadores en salud y laboratorio clínico, así como el personal administrativo indispensable para la gestión administrativa financiera del municipio o distrito. Cuenta con ambientes para la atención integral a las personas, revisión o curaciones, odontología, área de espera, admisión y archivo, área para archivo, área para farmacia y almacenamiento adecuado de medicamentos, área para red de frío, servicios higiénicos, disponibilidad de agua y energía eléctrica.

De acuerdo con el perfil epidemiológico, las condiciones de accesibilidad a los servicios de mayor complejidad y de la disponibilidad de recursos del SILAIS, los Centros de Salud podrán contar con especialistas en pediatría y/o gineco obstetricia.

Los Centros de Salud que se sitúan fuera de las cabeceras departamentales, dependiendo de sus dificultades de acceso a servicios hospitalarios y de las posibilidades materiales del SILAIS para habilitar la unidad con infraestructura,

equipamiento y personal suficiente, podrán tener atención de partos de bajo riesgo. Los Centros de Salud pueden ser acreditados como Unidades Docentes para apoyar el desarrollo del internado rotatorio a estudiantes de medicina de último año y para ser área práctica de carreras de pregrado de enfermería (técnico superior y licenciatura) y de otras carreras de salud.

Hospital Primario

Son unidades de salud que además de cumplir las funciones de un Centro de Salud Familiar, brindan servicios de internamiento en pediatría y ginecoobstetricia, con un servicio de observación para adultos en medicina y cirugía general.

Se encuentran ubicados en cabeceras municipales con áreas de influencia eminentemente rurales, distintas a la cabecera Departamental. Para cumplir sus funciones pueden tener entre 15 y 40 camas como máximo para internamiento dependiendo de la población de los municipios de su área de influencia y cumple con los estándares de habilitación establecidos.

Estos hospitales primarios brindan atención de encamamiento y atención ambulatoria en las especialidades con que está dotado. Estos servicios están a disposición de la población del municipio en que están ubicados y de las poblaciones de municipios vecinos que tengan mayores facilidades de acceso a él con respecto al hospital departamental o regional más cercano.

Su mayor complejidad deriva de la atención a pacientes encamados y la atención a los partos. Cuenta con atención especializada en los servicios de pediatría y ginecoobstetricia, teniendo habilitadas salas de partos y sala de operaciones para la atención en ginecoobstétrica. Su laboratorio se corresponde al nivel requerido por las especialidades con que cuenta y dispone de facilidades para el uso de

ultrasonografía.

Cuenta con personal médico general, pediatra, ginecoobstetra, odontólogo, personal de enfermería, técnicos de laboratorio otros profesionales y técnicos de la salud, así como con un equipo de salud familiar para la gestión técnica y administrativa.

Policlínicos

Son las unidades de atención ambulatoria de mayor complejidad, cumplen con las funciones de un Centro de Salud y cuentan con atención especializada. Están situadas en las cabeceras Departamentales del país.

La razón de su mayor complejidad es descongestionar los hospitales de la demanda de las especialidades. Reciben la referencia de los centros de salud y en conjunto con el hospital de su SILAIS organizan el internamiento hospitalario de los pacientes que atienden.

Cuentan con servicios especializados en las cuatro áreas básicas (cirugía general, medicina interna, ginecoobstetricia y pediatría) de forma permanente; desarrollando intervenciones de promoción, prevención y atención oportuna al daño, el seguimiento de los proceso de atención se brindará por ciclos de vida con enfoque integral. Además organizan en su ámbito de acción el Centro de Atención Psicosocial de su SILAIS. Puede contar con otras especialidades y/o sub-especialidades según perfil epidemiológico y demanda de su área de influencia.

Cuenta con un laboratorio básico del nivel de Centro de Salud y coordina los servicios de laboratorio especializado con el hospital a través de referencia de muestras. Organiza la realización de estudios de imagenología con el hospital y tiene a disposición equipamiento para la realización de ultrasonografías. Se establece un área de cirugía menor y procedimientos que permite dar respuesta a la

demanda de baja complejidad de la población con lo que puede descongestionar las emergencias de los hospitales.

Hospital Departamental

Son unidades hospitalarias que atienden pacientes encamados y cuentan con las cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, incluyendo Neonatología, Ginecoobstetricia, más Ortopedia y Traumatología.

Con el Policlínico, el Hospital Departamental organiza la atención a la actividad programada que requiere internamiento. Atiende urgencias de personas que acuden espontáneamente, las llevadas por servicios de atención extrahospitalaria (Cruz Roja y Bomberos) y los traslados de urgencia de hospitales primarios, centros de salud y Puestos de Salud Familiar y comunitarios. Atienden referencias de Policlínicos, Hospitales Primarios y Centros de Salud Familiar.

Para cumplir con eficiencia con las funciones de la red de servicios, comparten su personal especialista con los policlínicos, así como el personal especialista propio de éstos apoya en el trabajo intrahospitalario, incluidas las cirugías y los turnos médicos. El hospital departamental se organiza en cuatro servicios clínicos (Medicina, Cirugía que incorpora ortopedia y traumatología, pediatría con su neonatología y ginecoobstetricia). Además cuenta con un servicio de Emergencias con jefatura independiente de los cuatro anteriores y un departamento de medios de apoyo al diagnóstico y tratamiento que consta de Imagenología (Rayos “X”, mamografía, ultrasonido, endoscopia y laparoscopia), Anatomía Patológica y Laboratorio Clínico (incluida la bacteriología/microbiología).

Los Hospitales departamentales al tener una mayor dotación tecnológica y alta calificación de sus recursos humanos, tendrán la responsabilidad de dar

respuestas a los Policlínicos, Hospitales Primarios y Centros de salud de su red de servicios.

Hospital Regional

Es la unidad hospitalaria que además de contar con las especialidades y tecnología con que está equipado el hospital departamental, y cumplir con las funciones de un hospital departamental para la población del SILAIS donde está ubicado, estará dotado de otras especialidades médico quirúrgicas, las que se organizan en Departamentos de la siguiente manera:

- ☐ En Medicina las especialidades de Medicina Interna, Nefrología, Dermatología y Endocrinología.
- ☐ En Cirugía las especialidades de Cirugía General, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología y Oftalmología.
- ☐ En Pediatría la Pediatría General y la Cirugía Pediátrica
- ☐ Neonatología con Cuidados Intensivos para Recién Nacidos
- ☐ Ginecoobstetricia incluye sala de Alto Riesgo Obstétrico (ARO)
- ☐ Cuidados Intensivos
- ☐ Departamento de emergencia

Departamento de medios de apoyo al diagnóstico y tratamiento:

- ☐ Imagenología (rayos “X”, mamografía, ultrasonido, tomografía axial computarizada, endoscopia y laparoscopia).
- ☐ Departamento de anatomía patológica
- ☐ Servicios de laboratorio clínico

Tendrán centros de apoyo al diagnóstico y tratamiento con alta tecnología (Tomografía Axial Computarizada, Ecosonografía, Ultrasonidos, Cateterismo

Cardíaco). San Juan de Dios de Estelí y Asunción de Juigalpa serán los primeros en perfilarse con mayor capacidad resolutive.

El hospital Regional organiza la atención para la población del SILAIS de la misma forma en que lo hace un Hospital Departamental; además, recibe referencias de los hospitales departamentales que le corresponden de acuerdo a la organización nacional de la red de servicio.

Hospital con Servicios de Referencia Nacional

Es una Unidad de Salud con características de Hospital Regional que cuenta con subespecialidades reconocidas por el Ministerio de Salud para el desarrollo de los servicios de su red. Se constituyen en la cúspide de la atención curativa a las personas en las áreas clínico-quirúrgicas a que sirven.

Para la organización de la atención en las subespecialidades reciben referencias desde los hospitales regionales del país.

Este tipo de hospital, en las subespecialidades, sirve únicamente para la docencia de postgrado de carreras médicas y otras carreras de la salud.

Los Hospitales clasificados con servicios de referencia nacional son:

Hospital de la Mujer “Bertha Calderón Roque”

- ☐ Alto riesgo obstétrico, complicaciones ginecoobstétricas
- ☐ Fertilidad Humana
- ☐ Hospital Infantil “Manuel de Jesús Rivera La Mascota”
- ☐ Subespecialidades médicas y quirúrgicas de la pediatría

Hospital “Antonio Lenín Fonseca”,

- ☐ Nefrología de adultos
- ☐ Otorrinolaringología
- ☐ Urología
- ☐ Cirugía Plástica de adultos
- ☐ Cirugía maxilofacial
- ☐ Servicios diagnósticos de alta complejidad como resonancia magnética computarizada

Hospital “Roberto Calderón Gutiérrez”

- ☐ Sub-especialidades de Ortopedia y Traumatología
- ☐ Cirugía Maxilofacial Cirugía Cardiovascular
- ☐ Otras subespecialidades

Es una unidad que apoya la docencia de postgrado para medicina, enfermería y otras carreras de la salud. Este hospital apoya la actualización de personal técnico y profesional, general y especialista de todo el país. Ejecuta investigaciones clínicas, aplicadas y experimentales, tanto en intervenciones preventivas y de promoción de la salud, como en las más avanzadas técnicas y procedimientos para la curación y rehabilitación.

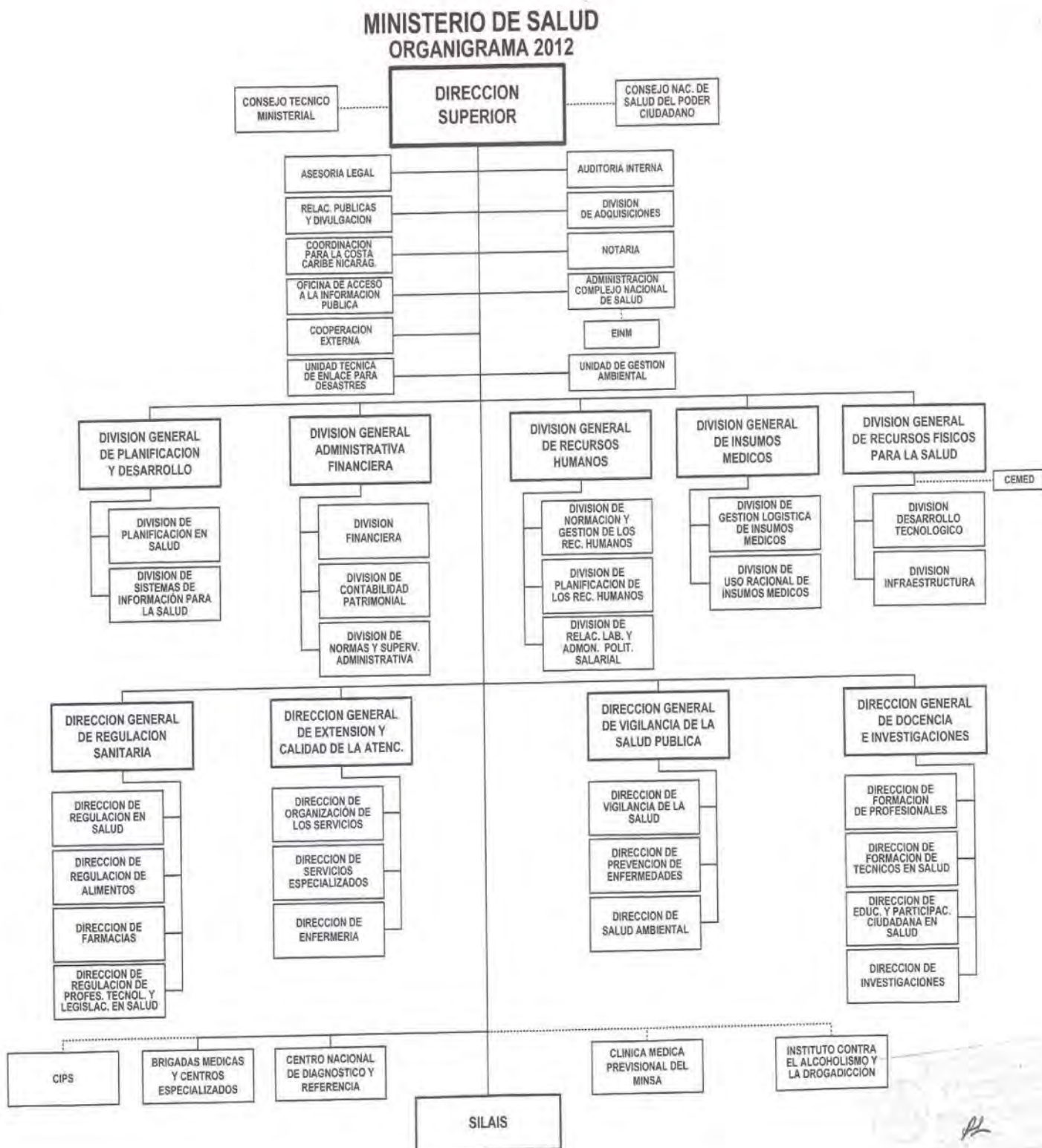
Servicios Nacionales de Tercer Nivel de Atención

Son Unidades de Salud uniperfil, especializados en una sola rama de la medicina, que contienen servicios únicos nacionales y que tienen como característica la producción de conocimientos científicos.

Además de proveer servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, su quehacer estará desarrollándose hacia la investigación clínica, aplicada y

experimental, tanto en intervenciones preventivas y de promoción de la salud, como en las más avanzadas técnicas y procedimientos para la curación y rehabilitación, atienden la demanda referida de los hospitales de referencia nacional, hospitales regionales y departamentales, contribuyen además a la docencia de postgrado y a la actualización científica de los profesionales generales y especialistas del país.

ANEXO No 3



ANEXO No 4



Encuesta de conocimiento sobre reducción de vulnerabilidad en las Unidades de Salud de Nicaragua



MSP 2010-2012

Estamos haciendo un estudio con fines académicos cuyo propósito principal es colaborar con el sector salud a formular una estrategia que contribuya a reducir la vulnerabilidad en los establecimientos de salud ante diferentes eventos causantes de desastres, le solicitamos contestar las siguientes preguntas cuyas respuestas serán manejadas de forma confidencial.

I.-DATOS GENERALES:

1.-Lugar de realización:

2.-Fecha: D __M _____AÑO __

3.-Servicios que presta su institución:

4.-Profesión u oficio ejemplo:

5.-Función ejercida en la institución:

II.-ASPECTOS RELACIONADOS A LA VULNERABILIDAD ANTEDESASTRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

1.-El concepto de vulnerabilidad ante desastres es conocido por

usted: SI ____NO _____

2.-Si su respuesta es afirmativa como definiría la vulnerabilidad ante desastre en los establecimientos de salud (puestos, centros de salud y hospitales):

3.-Que elementos cree usted deberían considerarse para evaluar la vulnerabilidad ante desastres de los establecimientos de salud:

4.- De estos elementos, mencione algunas intervenciones que Usted conozca, se han realizado en los establecimientos de salud para reducir la vulnerabilidad ante desastre

5.-Dentro de los preparativos para enfrentar situaciones de emergencias y desastre en el sector salud, en lo que respecta a los establecimientos de salud que elementos considera necesario deberían estar incorporados:

6.-El concepto de MITIGACION ante desastres es conocido por usted: SI_____NO__

7.-Si su respuesta es afirmativa, como definiría la MITIGACION ante desastres de los establecimientos de salud (puestos, centros de salud y hospitales):

8.- Conoce si existe algún presupuesto asignado específicamente para obras de mitigación y reducción de vulnerabilidad ante desastre en los establecimientos de salud.

Si_____ NO_____

Si su respuesta es afirmativa

especifique:

III.-ASPECTOS NORMATIVOS RELACIONADOS A LA VULNERABILIDAD ANTE DESASTRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

1.-Conocimiento del marco legal de Nicaragua relacionado a la reducción de vulnerabilidad ante desastres de los establecimientos de salud

SI___ __No___

2.-En caso afirmativo mencione cual ley, decreto, reglamento, resolución o normativa está relacionada con la reducción de la vulnerabilidad ante desastres de los establecimientos de Salud:

3. En caso de usted sea invitado para participar en el diseño de una estrategia para la reducción de vulnerabilidad y gestión de riesgo en establecimientos de salud de Nicaragua,

¿Qué sugerencias daría para ser incorporadas en la propuesta? Favor explique

Muchas Gracias por su tiempo, reiteramos la confidencialidad de la encuesta y que esta será utilizada con fines académicos, con el propósito de contribuir con el sector salud para reducir los riesgos y garantizar los servicios de salud ante situaciones adversas causantes de desastres.

ANEXO No 5

BASE DE DATOS ACCESS



Encuesta de conocimiento sobre reduccion de vulnerabilidades en las unidades de salud en Nicaragua



Estamos haciendo un estudio con fines academicos cuyo proposito principal es colaborar con el sector salud a formular una estrategia que contribuya a reducir la vulnerabilidad en los establecimientos de salud ante diferentes eventos causantes de desastres, le solicitamos contestar las siguientes preguntas, cuyas respuestas

boleta

30

I. DATOS GENERALES

Lugar de Realizacion	Jalapa, Nueva Segovia
Fecha	08/06/2012
Servicios que presta su institucion:	Servicios Municipales
Profesion u oficio:	Administrador
Funcion ejercida en la institucion:	Alcalde

II. ASPECTOS RELACIONADOS A LA VULNERABILIDAD ANTE DESASTRES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

1. El concepto de Vulnerabilidad ante desastres es conocido por usted: ☒

2. Si su respuesta es afirmativa como definiria la vulnerabilidad ante desastres en los establecimientos de salud (puestos, centros de salud y hospitales)

<input checked="" type="checkbox"/>	Estructural
<input checked="" type="checkbox"/>	No Estructural
<input checked="" type="checkbox"/>	Funcional
<input type="checkbox"/>	Ninguno

3. Que elementos cree usted deberían considerarse para evaluar la vulnerabilidad ante desastres de los establecimientos de salud:

<input checked="" type="checkbox"/>	Estructural
<input checked="" type="checkbox"/>	No Estructural
<input checked="" type="checkbox"/>	Funcional
<input type="checkbox"/>	Ninguno

4. De estos elementos, mencione algunas de las intervenciones que usted conozca, se han realizado en los establecimientos de salud para reducir la vulnerabilidad ante desastres

<input type="checkbox"/>	Estructural
<input type="checkbox"/>	No Estructural
<input type="checkbox"/>	Funcional
<input checked="" type="checkbox"/>	Ninguno

5. Dentro de los preparativos para enfrentar situaciones de emergencias y desastres en el sector salud, en lo que respecta a los establecimientos de salud, que elementos considera necesario deberían estar incorporados

<input type="checkbox"/>	Planificación
<input type="checkbox"/>	Organización
<input type="checkbox"/>	Capacitación
<input type="checkbox"/>	Adiestramiento
<input type="checkbox"/>	Abastecimiento de emer

6. El concepto de MITIGACION ante desastres es conocido por usted: ☒

7. Si su respuesta es afirmativa, como definiría MITIGACION ante desastres de los establecimientos de salud(puestos, centros de salud y hospitales)

<input checked="" type="checkbox"/>	Estructural
<input checked="" type="checkbox"/>	No Estructural
<input type="checkbox"/>	Ninguno

8. Conoce si existe algun presupuesto asignado especificamente para obras de mitigacion y reduccion de vulnerabilidad ante desastres en los establecimientos de salud

☐

Si su respuesta es afirmativa especifique

III. ASPECTOS NORMATIVOS RELACIONADOS A LA VULNERABILIDAD ANTE DESASTRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

1. Conocimiento del marco legal de Nicaragua relacionado a la reduccion de vulnerabilidad ante desastres de los establecimientos de salud

☒

2. En caso afirmativo mencione cual ley, decreto, reglamento, resolucion o normativa esta relacionada con la reduccion de la vulnerabilidad ante desastres de los establecimientos de salud

- ☒ Ley 337 Decreto 98-2000
☒ Ley 423 Art. 397
☐ Ley 185Codigo del Trabajo
☐ Ley 618 Ley de Higiene y Seguridad del Trabajo
☐ Resolucion Ministerial 11-2002
☐ NTON 22007-04 Norma Tecnica Nicaraguense de Preteccion contra Incendi
☐ Reglamento Nacional de Construccion

3. En caso de que usted sea invitado a participar en el diseño de una estrategia para la reduccion de vulnerabilidad y gestion de riesgo en establecimientos de salud de Nicaragua.

¿Que sugerencias daria para ser incorporadas en la propuesta?

- ☒ ordenamiento territorial
☐ normativo
☒ preparacion
☐ estudio y diagnostico
☐ presupuesto
☐ mitigacion

ANEXO No 6

Funciones de las instituciones relacionadas a la gestión de los establecimientos de salud:

Sistema Nacional para la Prevención Mitigación y Atención de Desastres

SINAPRED

Reducir la vulnerabilidad de las personas en riesgo de sufrir desastres, causados por fenómenos naturales y/o generados por el quehacer humano, que ponen en peligro la vida de los ciudadanos, sus bienes, los ecosistemas y la economía nacional: Promover la adopción de una cultura de prevención ante posibles desastres, en la población y propiciar escenarios de desarrollo seguro y sostenible

Secretaría Ejecutiva del SINAPRED

Es la instancia de apoyo administrativo y de ejecución de los principios, fines y objetivos del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres, al servicio de la población Nicaragüense, como enlace entre el Ejecutivo Nacional, los diferentes niveles de organización territorial y sectores del país; para contribuir a un desarrollo más seguro.

Con una Visión de compromiso con el pueblo nicaragüense, con una perspectiva solidaria por el bien común, en función de lograr una sociedad más segura y en armonía con el medio ambiente, a fin de facilitar los procesos de la gestión integrada del riesgo en la construcción del desarrollo seguro y sostenible.

A través del decreto 98-2000 Reglamento de asignaciones de funciones del

Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres a las instituciones del Estado su Numeral 9: Funciones del Ministerio de Salud inciso h: Dictar las normas que se estimen necesarias para garantizar el funcionamiento de los hospitales, clínicas y centros de salud públicos y privados, en caso de desastre, incluyendo la elaboración de planes de emergencias inter e intra hospitalarios, inciso j: Garantizar la seguridad frente a riesgo de desastres en los programas de construcción de unidades de salud pública y en las ya existentes, dictando normas que garanticen la reducción de la vulnerabilidad física y funcional frente a riesgo de desastre.

Asamblea Nacional

Es el órgano legislativo cuya misión es escuchar y atender al pueblo, para satisfacer sus necesidades, aprobando leyes que contribuyan al Estado Social de Derecho que permita el perfeccionamiento del sistema económico, político y social de la Nación. Es el foro parlamentario, que en base al diálogo político y el consenso, contribuya al fortalecimiento y consolidación de la democracia, mediante la generación de una legislación enmarcada en la justicia social y el bien común de los y las nicaragüenses.

Nuevo FISE

Promovemos, financiamos y acompañamos programas de inversión sustentables que desarrollan capital humano, social y físico de las comunidades pobres del país, a fin de mejorar sus condiciones de vida y oportunidades de insertarse en la economía, bajo los principios de equidad, El Nuevo FISE tiene como estrategia mejorar niveles de consecución de recursos financieros, fortalecer los procesos de

ejecución de proyectos de infraestructura social y el fortalecimiento de las capacidades locales e institucionales.

MTI

A través de la Dirección General de Normas de Construcción y Desarrollo Urbano tiene como misión contribuir al ordenamiento en la construcción de edificaciones y del desarrollo urbano en todo el territorio nacional, mediante la formulación, regulación, promoción y control de aquellas actividades conducentes al mejoramiento de la calidad de vida de los nicaragüenses en lo concerniente a su hábitat.

ANEXO7

RESOLUCION MINISTERIAL No. 11 - 2002

LUCIA SALVO HORVILLEUR, Ministra de Salud, en uso de las facultades que me confiere la ley No 290, "Ley de Organización y Procedimiento del Poder Ejecutivo", publicada en "La Gaceta" Diario Oficial, Número 102, del tres de Junio de Mil Novecientos Noventa y Ocho, Decreto No. 70-2001, "De Reforma al Decreto No. 71-98, Reglamento a la Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicado en "La Gaceta", Diario Oficial, Número 153, del quince de Agosto del año dos mil uno y Ley No 337 "Ley Creadora del Sistema Nacional para la Prevención Mitigación y Atención de Desastres" publicado en la Gaceta Diario Oficial No 70 , del día siete de Abril de año dos mil, y Decreto No. 98-2000 publicado en "La Gaceta", Diario Oficial, número 187 del cuatro de Octubre del año dos mil.

CONSIDERANDO:

I

Que el arto. 105 de la Constitución Política en sus partes conducentes establece que los servicios de educación, salud y seguridad social son deberes indeclinables del Estado, que están obligados a prestarlos sin exclusiones a mejorarlos y ampliarlos, así como que estos servicios deberán ser ampliados y fortalecidos.

II

Que la Ley No 290 "Ley de Organización, competencia y procedimientos del Poder Ejecutivo" , establece que le corresponde al Ministerio de Salud, coordinar y dirigir la ejecución de la Política de Salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

III

Que el Decreto Ejecutivo No. 98-2000, "Reglamento de Asignación de Funciones del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres a las Instituciones del Estado, faculta expresamente al Ministerio de Salud "Garantizar la seguridad frente a riesgos de desastres en los programas de construcción de Unidades de Salud Pública y en las ya existentes, dictando normas que garanticen la reducción de vulnerabilidad física y funcional frente a riesgos de desastres".

IV

Que en base a estudios realizados por Expertos de la Organización Panamericana de la Salud, se ha constatado que los establecimientos de la salud en general son sistemas expuestos que pueden sufrir grandes daños como consecuencia de fenómenos naturales intensos, siendo necesario incluir los estudios de reducción de vulnerabilidad ante amenazas naturales en las instalaciones de salud públicas de nuestro país.

Por lo tanto;

RESUELVE:

PRIMERO: Todos los nuevos diseños y construcciones que el Ministerio de Salud impulse con fondos propios o con fondos de cooperación externa, deben de incluir los estudios de amenazas y los estudios de reducción de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.

SEGUNDO: Las instancias de Dirección del Ministerio, responsables del cumplimiento de la presente Resolución Ministerial, serán: División General de Infraestructura y Desarrollo Tecnológico, División General de Planificación y Desarrollo, Unidad de Adquisiciones, Dirección General de Servicios de Salud, Dirección General de Regulación de Establecimientos y Profesionales de la Salud, Medicinas y Alimentos, División General Administrativa-Financiera y Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), todos dentro del ámbito de su competencia.

TERCERO: Los directores de las diferentes unidades de salud del Ministerio de Salud, durante el proceso de todo el proyecto deben coordinar los aspectos técnicos y los aspectos de reducción de vulnerabilidad en dichas instalaciones de salud con la División General de Infraestructura y Desarrollo Tecnológico, y el Donante.

CUARTO: Los Directores de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), Directores de Hospitales, Centros de Salud y Puestos de Salud, deben gestionar que dentro de su presupuesto se incluya los fondos necesarios para garantizar el mantenimiento de las instalaciones de salud correspondientes, a fin de lograr la reducción de la vulnerabilidad ante amenazas naturales en las instalaciones de salud del país, lo que tendrá como resultado principal el continuo funcionamiento de los servicios de salud.

Comuníquese la presente, a cuantos corresponda conocer de la misma.

Dado en la Ciudad de Managua a los veintiocho días del mes de Enero del año
dos mil dos.



LUCIA SALVO HORVILLEUR
MINISTRA DE SALUD

MINISTRA
DE SALUD